

DA PEDIATRIA A PSICANÁLISE Obras Escolhidas

D. W. Winnicott

... Minha experiência-clínica é um tanto variada. Nunca me afastei inteiramente daquele que foi o meu ponto de partida, a prática pediátrica. Foi muito valioso para mim estar em contato com a pressão social à qual eu tinha de responder enquanto médico num hospital para crianças. O mesmo tempo, apreciei bastante o permanente desafio a prática provada e das consultas terapêuticas. As atividades proporcionaram-me a possibilidade de aplicar e modo amplo que eu vinha na mesma época aprendendo através da prática psicanalítica propriamente dita."

D. W. Winnicott, F.R.C.P. (Lond.)
MÉDICO, PADDINGTON GREEN CHILDREN'S HOSPITAL, LONDON W.2

MÉDICO-CHEFE, DEPARTAMENTO DE CRIANÇAS,
CLÍNICA PSICANALÍTICA DE LONDRES, LONDON W.1



Winnicott

DA PEDIATRIA A PSICANÁLISE Obras Esco



616-053.2-1896
WIN/dap

Winnicott

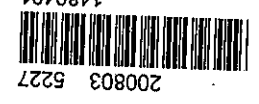
D. W.

Winnicott

DA PEDIATRIA A PSICANÁLISE Obras Escolhidas

Com uma
introdução de:

Khan



Da pediatria à psicanálise

D. W. WINNICOTT

DA PEDIATRIA À PSICANÁLISE

Não é possível definir a verdadeira natureza das pesquisas de Winnicott, a não ser que as observemos evoluir no interior de uma certa fase e de um certo clima de debates teóricos e clínicos da *British Psycho-Analytic Society*. A década de 1928 a 1938 foi talvez a época mais viva e criativa da pesquisa na Sociedade Britânica. A presença soberana de Freud estava nos bastidores, lá em Viena. Seu trabalho havia recebido o aacréscimo da hipótese estrutural da mente em termos de ego, superego e id e da revisão da teoria da ansiedade, que pusera o ego no centro do funcionamento psíquico e da realidade comportamental. Pouco antes ele havia também introduzido o conceito da dualidade pulsional: os instintos de vida e morte. Um pouco mais longe em Budapeste, a prodigiosamente criativa e fértil mente de Ferenczi abria novas perspectivas para a ousadia de psicanalistas. Paralelamente, Ana Freud e Melanie Klein iniciavam as suas pesquisas na análise de crianças.

Para a Sociedade Britânica, um momento de importância capital foi o convite feito a Melanie Klein pelo então presidente Dr. Ernest Jones para vir ensinar e trabalhar em Londres em 1926. Seu talento todo particular para compreender fantasias inconscientes da criança pequena através da técnica do brinquedo tomou conta da imaginação de seus colegas britânicos, na mesma medida em que levantava suspeitas e resistências em Berlim e Viena.

DA PEDIATRIA À PSICANÁLISE

DA PEDIATRIA À PSICANÁLISE
OBRAS ESCOLHIDAS

por
D. W. Winnicott

Com uma Introdução de
M. Masud R. Khan

Tradução

Davy Bogomoletz

200803 5227
616-053.2:159.964.2 WMN /dap
1480401



Imago

Sumário

Prefácio do autor	7
Agradecimentos	9
Sobre a Tradução	10
Introdução de M. Masud R. Khan	11

PARTE I

I	Nota sobre Normalidade e Ansiedade	1931	57
II	Agitação	1931	77

PARTE II

III	O Apetite e os Problemas Emocionais	1936	91
IV	A Observação de Bebês numa Situação Padronizada	1941	112
V	Consultas no Departamento Infantil	1942	133
VI	Psiconeuroses Oculares da Infância	1944	148
VII	A Reparação Relativa à Defesa Organizada da Mãe contra a Depressão	1948	156
VIII	Ansiedade Associada à Insegurança	1952	163
IX	Tolerância ao Sintoma em Pediatria: Relato de um Caso	1953	168
X	Um Caso Tratado em Casa	1955	187

PARTE III

XI	A Defesa Maníaca	1935	199
XII	Desenvolvimento Emocional Primitivo	1945	218
XIII	Pediatria e Psiquiatria	1948	233

Título Original
Through Paediatrics to Psychoanalysis

Copyright © 1958 by D. W. Winnicott
by arrangement with Mark Paterson & The Winnicott Trust

Tradução:
Davy Bogomoletz

Capa:
Luciana Mello e Monika Mayer

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

W742d

Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971
Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas / por D. W. Winnicott;
com uma introdução de Masud M. Khan; tradução Davy Bogomoletz.
— Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000
456 pp.
Tradução de Through Paediatrics to Psychoanalysis
Inclui bibliografia

ISBN 85-312-0739-8

I. Psiquiatria infantil. I. Título.

CDD — 618.9289
CDU — 816-053.2:616.89

Reservados todos os
direitos. Nenhuma parte desta
obra poderá ser reproduzida por
fotocópia, microfilme, processo fotomecânico
ou eletrônico sem permissão expressa da Editora.

2000

IMAGO EDITORA
Rua Santos Rodrigues, 201-A — Estácio
20250-430 — Rio de Janeiro — RJ
Tel.: 502-9092 — Fax: 502-5435

E-mail: imago@ism.com.br
www.imagoeditora.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

DA PEDIATRIA À PSICANÁLISE
OBRAS ESCOLHIDAS

por
D. W. Winnicott

Com uma Introdução de

M. Masud R. Khan

Tradução

Davy Bogomoletz

Sumário

Prefácio do autor	7
Agradecimentos	9
Sobre a Tradução	10
Introdução de M. Masud R. Khan	11

PARTE I

I Nota sobre Normalidade e Ansiedade	1931
II Agitação	1931
	77

PARTE II

III O Apetite e os Problemas Emocionais	1936
IV A Observação de Bebês numa Situação Padronizada	1941
V Consultas no Departamento Infantil	1942
VI Psicose neuroses Oculares da Infância	1944
VII A Reparação Relativa à Defesa Organizada da Mãe contra a Depressão	1948
VIII Ansiedade Associada à Insegurança	1952
IX Tolerância ao Sintoma em Pediatria: Relato de um Caso	1953
X Um Caso Tratado em Casa	1955
	187

PARTE III

XI A Defesa Maníaca	1935
XII Desenvolvimento Emocional Primitivo	1945
XIII Pediatria e Psiquiatria	1948
	233

Indice	Bibliografia
XIV	Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade
XV	O Ódio na Contratransferência
XVI	A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional
XVII	Psicoses e Cuidados Maternos
XVIII	Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais
XIX	A Mente e sua Relação com o Psicossoma
XX	Retraimento e Regressão
XXI	A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal
XXII	Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico
XXIII	Formas Clínicas da Transferência
XXIV	A Precupação Materna Primária
XXV	A Tendência Anti-Social
XXVI	Pediatria e Neurose da Infância

1949	254
1947	277
1950	288
1952	305
1951	316
1949	332
1954	347
1954	355
1954	374
1955	393
1956	399
1956	406
1956	417
	424
	428

Prefácio

ESTE LIVRO reúne diversas contribuições que apresentei diante de audiências científicas.

O estudante não deve procurar nestas páginas informações básicas sobre a psicanálise. Considerei que estes conhecimentos já estariam de posse dos leitores, pois os que me ouviam eram predominantemente psicanalistas. Tive a intenção de expor meus próprios pontos de vista, e de submeter a um teste as idéias que me ocorreram ao longo de meu trabalho clínico.

Minha experiência clínica é um tanto variada. Nunca me afastei inteiramente daquele que foi o meu ponto de partida, a prática pediátrica. Foi muito valioso para mim estar em contato com a pressão social — a qual eu tinha de responder enquanto médico num hospital para crianças. Ao mesmo tempo, apreciei bastante o permanente desafio da prática privada e das consultas terapêuticas. Tais atividades proporcionaram-me a possibilidade de aplicar de modo amplo o que eu vinha na mesma época aprendendo através da prática psicanalítica propriamente dita.

Tenho a esperança de que este livro consiga mostrar que a pediatria é um dos caminhos legítimos em direção à psicanálise, e até mesmo um bom caminho.

Julgou-se conveniente agrupar os trabalhos deste livro em três seções. Na primeira foram reimpressos dois capítulos de um livro anterior (Winnicott, 1931), agora esgotado, nos quais é descrita minha atitude enquanto pediatra antes de minha formação em psicanálise. Escrevi-os como pediatra, para pediatras.

Os trabalhos incluídos na segunda seção já mostram terem sido escritos por um pediatra, mas um pediatra que se havia voltado para a psicanálise. Na terceira seção encontra-se a minha contribuição pessoal para a teoria e a prática atuais da psicanálise.

D. W. WINNICOTT, F.R.C.P. (Lond.)
Médico, Paddington Green Children's Hospital, London W.2
Médico-chefe, Departamento de Crianças,
Clínica Psicanalítica de Londres, London W.1

Agradecimentos

Gostaria de reconhecer meu débito para com minha secretária, a Sra. Joyce Coles.

Agradeço ao Sr. M. Masud R. Khan pela compilação do índice e por numerosas críticas e sugestões de grande utilidade.

Registro aqui a minha gratidão para com as seguintes pessoas, editores e instituições pela permissão de reproduzir textos já publicados anteriormente: o editor do *British Journal of Medical Psychology*; o editor de *Case Conference*; Sra. W. M. Davies e Jonathan Cape Ltd. pelo poema 'Infancy', dos *Collected Poems of W. H. Davies*, reproduzido na p. 244; William Heinemann Ltd; o editor do *International Journal of Psycho-Analysis*; a Ophthalmological Society; o editor de *Psyche*; o editor da *Revue Française de Psychanalyse*; a Royal Society of Medicine.

Sobre a Tradução

Davy Bogomoletz

Tentei manter em língua portuguesa um estilo que, a meu ver, Winnicott teria usado se escrevesse nessa língua. Se errei o alvo em excesso ou não, só o leitor poderá dizer.

Quero agradecer positivamente à saudosa Jeannine Kaimanovitch, que traduziu Winnicott para o francês. Graças à sua tradução, acompanhada por ele na primeira edição (1969), consegui (creio eu) decifrar vários sentidos obscuros do original (Winnicott gostava de ser simples, mas nem sempre...) Agradeço também à Dra. Elisa Oliveira Dias, com quem discuti a tradução de vários termos, e que me impediu de cometer algumas aflições. E agradeço ainda à primeira tradutora do livro, Jane Russo, que abriu muitos caminhos e da qual foi uma honra discordar.

Alguns termos exigem uma explicação para o leitor, cujos comentários serão muito bem vindos.

Concunimento: Elisa Oliveira Dias e Zeljko Loparic, dois grandes pensadores winnicottianos da atualidade, propõem — e eu aceito — traduzir *concern* como 'concernimento'.

De-privado: Ver 'A Tendência Anti-social', Cap. XXV. O hífen e o itálico realçam no texto a sua natureza especial.

Impiedoso / Sem compaixão: Em *Natureza Humana* deixei esse termo no original. Agora proponho que *ruihless* (adj.) seja traduzido por 'sem compaixão ou piedade', ('impiedoso') e *ruihlessness* (subst.), por 'ausência de piedade ou compaixão'. (Ver 'Nota Introdutória à Tradução', em *Natureza Humana*, N.T., à pág. 234).

Instinto: Elisa O. Dias lembra-me que Winnicott mantive deliberadamente o termo 'instinto', em vez de 'pulsão' (*drive*). O estudo de Zeljko Loparic a esse respeito — "O Conceito de *Trieb* na Psicanálise e na Filosofia", apresentado à Sociedade Brasileira de Psicanálise em 13/09/97, é de longe o melhor que li até agora. Ver também a carta de Winnicott a Monev-Kyrie (Carta n° 26), em *The Spontaneous Gesture*.

Intuidade: Esta palavra descreve melhor que 'futilidade' o que Winnicott quis dizer com 'feeling of futility', esse sentimento cinzento de que 'não adianta', 'seja o que for, é inútil'. Na ideia de 'feeling of futility' há uma conotação desesperançada que 'futilidade', em português, não possui.

Primeira infância: Em inglês, *Childhood* é 'infância', e *Infancy* refere-se à fase da infância em que o bebê ainda não fala (*in-fans*, em latim: 'não-fala'). 'Primeira infância' significa aqui, 'primeira parte da infância' (até os dezoito meses, mais ou menos), e 'infância' toda a fase anterior à adolescência. O termo 'toddler' é traduzido por 'o bebê que aprende a andar'.

Psicossoma: Em *Natureza Humana* modifiquei o tradicional 'psique-soma' para 'psico-soma', mas mantive o hífen (compulsório em inglês). Desta vez ou sei um pouco mais, e surgiu 'psicossoma', indicando uma unidade. Em *Psycho-Analytical Explorations* (pág. 104) Winnicott comenta que o problema da psicossomática é justamente esse hífen, ou seja, a cisão entre a psique e o soma.

Introdução

por
M. MASUD R. KHAN

"Se algum dia ocorrer de escreveres a meu respeito ... sê sensível o bastante — como ninguém o foi até agora — para caracterizar-me, 'descrever' — mas não 'avaliar'."

Nietzsche u Carl Fuchs

Quando olho para trás, para os quase 20 anos de meu trabalho com Winnicott, o que me surge vividamente é a sua postura corporal relaxada e a sua suave concentração. Winnicott prestava atenção com o corpo todo, e tinha um olhar perspicaz e respeitoso, que nos focalizava com um misto de dúvida e absoluta aceitação. Uma espontaneidade de criança impregnava os seus movimentos. Mas ele podia também ficar muito quieto, inteiramente controlado e quieto. Jamais conheci outro analista que fosse tão inevitavelmente ele mesmo. Era essa característica de ser inviolavelmente ele mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para tanta gente. Cada um de nós que o conhecemos tinha o seu *próprio* Winnicott, e ele jamais atropelou a ideia que o outro fazia dele pela afirmação de seu modo pessoal de ser. No entanto, permanecia inexoravelmente Winnicott. Comecei propositalmente por defini-lo em sua presença física, porque não seria possível compreender o seu talento clínico sem primeiro entender que, nele, a psique e o soma encontravam-se em perpétuo diálogo, e suas teorias são simplesmente a abstração daquela constante pessoa que era Winnicott, o ser humano e o terapeuta. E novamente, Winnicott o homem e Winnicott o clínico eram recíprocos um com o outro, formando um bloco único, inteiro.

Consideremos agora Winnicott, o teórico. Ele havia sido criado na tradição de seu povo, os ingleses. Para ele os fatos eram a realidade, e as teorias — o titubear humano buscando apreender os fatos. Ele era militantemente avesso aos dogmas. Winnicott era não-conformista desde o berço; nada era estabelecido ou absoluto. Cada qual deveria buscar e definir a sua própria

1 Esta é uma versão ampliada de minha introdução à edição francesa de *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, de Winnicott, que ele me pediu para escrever. Gostaria de agradecer a J. B. Pontalis, editor da série "Connaissance de l'Inconscient" (Gallimard), da qual o livro fazia parte, por seu persistente estímulo que me possibilitou escrevê-la. Sou grato também à Sra. Claire Winnicott, por ler o meu texto com uma dedicação tão atenta, ajudando-me a corrigir significativamente certos desequilíbrios de tom e textura.

verdade. O que havia de estabelecido era o espectro da experiência. Todas as suas energias foram empregadas na tarefa de encontrar o sentido das realidades da clínica, com as quais deitou-se durante tantos anos.

Como é de praxe entre os ingleses, ele escrevia no mais simples vernáculo. Não há retórica nem linguagem técnica assustadora em sua *écriture*. Escrevia como falava: simplesmente, e com a intenção de relatar. Não tentava convencer nem doutrinar. Seu vocabulário pessoal era tão semelhante aos mediantemente educados e ao uso comum das palavras, que todos caiam na armadilha de imaginar que sempre compreendiam o que ele estava dizendo. Essa *méconnaissance* paradoxal lhe era bastante agradável. Sim, ele era muitíssimo orgulhoso, e sua auto-estima só era ameaçada por seus próprios erros, nunca pela censura alheia.

Quando comecei a escrever este ensaio, os anos passaram voando diante dos meus olhos. Lembrei-me da primeira vez em que ouvi Winnicott falar

como presidente, na Seção Médica da British Psychological Society: "Pe-

diatria e Psiquiatria" (Cap. XIII). Estávamos em 1948. Eu ouvia esse sujeito

esquisito, falando com seu inglês corretíssimo e dizendo-nos coisas tão obviamente claras mas tão pouco abordadas. Falava com uma convicção e uma

clareza que estimulavam tanto a dúvida quanto o debate. Naquele momento

decidi que eu iria saber mais sobre ele e sua forma de trabalhar. Graças ao

saudoso Dr. John Rickman, Winnicott permitiu que eu assistisse a uma de

suas consultas com o "jogo do rabisco" no Hospital Paddington Green. Nada

poderia ser menos parecido com a esperada atmosfera médico-clínica. Era

um verdadeiro acontecimento. Alguém menos generoso diria que se tratava

de um caos que ele mantinha sob controle. Ele falava com os pais enquanto a

criança estava absorta desenhando algo *sem sentido*, de significado privado

e importantíssimo. Winnicott alternava entre os pais e a criança, *facilitando*

a ambos em seus respectivos esforços de compartilhar suas aguras. Não era

o verso de Eliot, "não menos que tudo", desenvolvendo-se e sendo elaborada

da graças às suas experiências clínicas e pessoais.

Realidade Interna Versus Devaneio (Fantasia)

Não é possível definir a verdadeira natureza das pesquisas de Winnicott, a não ser que as observemos evoluir no interior de uma certa fase e de um certo clima dos debates teóricos e clínicos da *British Psycho-Analytic Society*. A década de 1928 a 1938 foi talvez a época mais viva e criativa da pesquisa na British Society. A presença soberana de Freud estava nos bastidores, lá em Viena. Seu trabalho havia recebido o arescimento da hipótese estrutural da mente em termos de ego, superego e id (1923) e da revisão da teoria da ansiedade (1926), que pusera o ego no centro do funcionamento psíquico e da realidade de comportamental. Pouco antes ele havia também introduzido o conceito da dualidade pulsional: os instintos de vida e morte (1921). Um pouco mais longe, em Budapeste, a mente prodigiosamente criativa e fértil de Ferenczi abria novas perspectivas para a ousadia dos psicanalistas. Paralelamente, Anna Freud e Melanie Klein iniciavam suas pesquisas na análise de crianças (cf. Smitmoff, 1971).

Para a Sociedade Britânica, um momento de importância capital foi o convite feito a Melanie Klein pelo seu então presidente Dr. Ernest Jones para vir ensinar e trabalhar em Londres em 1926. Seu talento todo particular para compreender as fantasias inconscientes da criança pequena através da técnica do brinquedo tomou conta da imaginação de seus colegas britânicos, na mesma medida em que levantava suspeitas e resistências em Berlin e Viena. Gostaria agora de fazer uma pausa para falar um pouco das pessoas im-

portantes da Sociedade Britânica ao longo dessa década. Eram todos muito cultos, criados na tradição humanística e liberal. Ernest Jones era a grande figura de autoridade. Havia também James e Alix Strachey, e Adrian e Karen Steven — do grupo de Bloomsbury. E havia John Rickman, um *quaker* que chegou à psicanálise através de seu trabalho na Rússia, em Viena e Budapeste. E Sylvia Payne, muito prestigiada por seu trabalho com soldados traumatizados na Primeira Guerra. E Ella Shapiro, que se tornou psicanalista depois de lecionar literatura. E também Joan Riviere, Barbara Low, J.C. Flugel, Susan Isaacs, Marjorie Brierley e sobretudo o Dr. Edward Glover — um grande e apaixonado mestre, cuja clareza de pensamento era comparável apenas à sua vigorosa criatividade.

Foi a esse grupo tão ativo de pessoas que Melanie Klein apresentou o seu trabalho. Foi uma década de diálogo franco e aberto na Sociedade Britânica, e as pesquisas de Klein influenciaram o pensamento de todos. Até então ela ainda não havia levado o seu trabalho ao nível da apostasia. Vindo da pediatria, Winnicott chegou à psicanálise nesse clima tão cheio de vivaci-

A isto Winnicott acrescentaria outra importante nota em 1957:

O termo 'realidade psíquica' não envolve o uso de fantasia alguma. O termo 'realidade interna' pressupõe a existência de um interior e um exterior, e portanto de uma membrana limitadora que pertence ao que atualmente eu chamaria de 'psicossoma'.

O argumento inaugurado por Winnicott nesse trabalho foi por ele explicitado com maiores detalhes, e numa linguagem mais pessoal, em seu ensaio "Desenvolvimento Emocional Primitivo" (Cap. XII), exatamente dez anos depois. Aqui Winnicott detalhou três processos que constituem os primórdios da realidade interna, e que têm início muito cedo:

...integração, personalização e, seguindo-se a estes, a avaliação do tempo e do espaço e de outras propriedades da realidade — em poucas palavras, a tomada de consciência (realização).

A isto ele acrescentou:

É possível assumir que em seu começo teórico a personalidade encontra-se não-integrada¹, e que na des-integração regressiva há um estado primitivo para o qual a regressão leva o indivíduo. Postulamos, pois, uma *não-integração primária*.

E aqui ele reintroduziu o conceito de dissociação — que devia às pesquisas de Glover, divida que ele nunca reconheceu:

A partir do problema da não-integração surge outro, o da dissociação. A dissociação pode ser estudada com muito proveito em suas formas iniciais ou naturais. De acordo com meu ponto de vista, da não-integração pode surgir uma série do que então chamaríamos de dissociações, que provêm do fato de a integração ocorrer de modo incompleto ou parcial.

Esta linha de pesquisa iria levá-lo a redigir a sua declaração definitiva sobre a dissociação na realidade interna no artigo "Distorções do Ego em Termos de Verdadeiro e Falso Eu (*Self*)" (1960). O texto integral desse trabalho pode ser considerado indispensável para a compreensão do seu trabalho clínico. É preciso lê-lo várias vezes, porque seu estilo é extremamente denso, e até certo ponto críptico. Menciono aqui apenas sua distinção entre necessidades do ego e necessidades do id, porque esta passagem constitui uma revolução na mudança de ênfase em relação à teoria e à prática daquela época. O trecho mais importante é:

1 Para traduzir *non-integration* ocorre-me propor o termo inintegração. Fica a sugestão. (N. do T.)

dade. Ele era uma figura ímpar, e já havia estabelecido sua posição clínica no livro *Disorders of Childhood*, de 1931. Nesse livro ele se havia colocado de um modo extremamente impopular e revolucionário em relação aos problemas emocionais causadores de arte em crianças. E o caso 'Eleanor' na-quele livro já nos dá alguns vislumbres da capacidade inigualável de Winnicott para captar por escrito seu encontro clínico com uma criança. Vis-to que seu trabalho em psicanálise — com crianças e adultos — prolongou-se por umas quatro décadas, cedo ou tarde tornar-se-ia evidente que ele era um colega tão revolucionário e desconfortável para os psicanalistas quanto o fora para os pediatras.

Winnicott era uma alma jovial mas também perturbada, e utilizou ao máximo ambas as facetas em sua vida e em seu trabalho. Não poupou nada de si mesmo. Fez uma longa análise pessoal, primeiro com James Strachey e em seguida com Joan Riviere. Descobriu a si mesmo através de seus relacionamentos pessoais e profissionais. Para Winnicott, o indivíduo humano era isolado e incognoscível, que poderia personalizar-se e conhecer-se somente através do *outro*, como ele o descreveu em seu trabalho "A Capacidade de Estar Só" (1958b). Foi para explicar esse paradoxo humano crucial que ele investiu com extrema diligência seus esforços clínicos e sua perspicácia.

A primeira formulação contendo o seu ponto de vista sobre a pessoa humana surgiu no trabalho "A Defesa Mânica", lido numa Reunião Científica da *British Psycho-Analytical Society* no dia 4 de dezembro de 1935. Esses detalhes aparentemente sem importância surgem aqui para mostrar que Winnicott iria enfrentar desde o início um tipo de problema muito especial com seus colegas analistas — o problema de ser politicamente desdenhado. Apresentado em 1935, foi somente em 1957, quando ele me convidou para reunir num livro esta primeira coleção de trabalhos seus, que eu me deparei com a cópia datilografada desse texto, e surpreendi-me com o fato de não ter sido publicado em lugar algum naqueles mais de vinte anos. Foi então publicado na primeira edição deste livro em 1958 (Cap. XI). Nesse trabalho, Winnicott já assume o seu ponto de vista característico:

Passai a comparar a realidade externa não tanto com a fantasia, mas com a realidade interna. (...) Faz parte da defesa maníaca a incapacidade de reconhecer a significância total da realidade interna. (...) A fantasia é uma parte dos esforços do indivíduo para lidar com a realidade interna. É possível dizer que a fantasia (eu usaria agora o termo 'o fantasiar' — nota acrescentada em 1957) e o devaneio constituem manipulações onipotentes da realidade externa. O controle onipotente da realidade implica em fazer fantasias sobre a mesma. O indivíduo chega à realidade externa através de fantasias onipotentes elaboradas no esforço de escapar da realidade interna.

É preciso enfatizar que, em relação à satisfação das necessidades da criança, *eu não me refiro à satisfação dos instintos*.¹ Na região que estou examinando, os instintos ainda não estão claramente definidos, para a criança, como inter-nos. *Eles podem ser tão externos quanto um trovão ou uma pancada*. O ego da criança está acumulando forças, e isto irá resultar num estado em que as demandas do id serão percebidas como fazendo parte do eu, e não do ambiente. Quando este desenvolvimento acontecer, as satisfações do id tornar-se-ão um fator muito importante no fortalecimento do ego, ou do Verdadeiro Eu; *mas a excitação do id pode ser traumática quando o ego ainda não está em condições de incluí-la*, nem de dar conta dos riscos envolvidos e das frustrações experimentadas até o momento em que a satisfação do id realiza-se de fato.

Dessa hipótese a respeito do Verdadeiro e do Falso Eu ele extraiu em seguida uma importante conclusão para a nossa prática clínica:

É possível enunciar um princípio, de que ao trabalhar analiticamente na área do Falso Eu iremos mais longe pelo reconhecimento da não existência do paciente do que por um longo e persistente trabalho sobre os seus mecanismos de defesa. O Falso Eu do paciente é capaz de colaborar indistintamente com o analista na análise das defesas, jogando, por assim dizer, do lado do analista. Esse trabalho infrutífero será interrompido somente quando o analista puder apontar e descrever a falta de algum elemento essencial no paciente: "Você não tem boca", "Você ainda não começou a existir", "Fisicamente você é um homem, mas até agora não sabe nada sobre masculinidade por experiência própria", e assim por diante. O reconhecimento de um fato importante, dito claramente no momento certo, abre caminho para a comunicação com o Verdadeiro Eu. Um paciente que havia feito um bocado de análise fútil com base no Falso Eu, cooperando maciçamente com o analista que pensava ser este o total, disse-me certa vez: "O único momento em que senti esperança foi quando você me disse que não tinha esperança alguma, mas continuou com a minha análise."

Nesse contexto, Winnicott considerava que o *fantasiar* pode se transformar num meio organizado para manter a organização do Falso Eu de uma pessoa. Ele acreditava, além disso, que a técnica clássica, com sua tendência a meramente interpretar o significado do comportamento do paciente em termos de

1 Winnicott utilizava sempre o termo 'instinto' (ver, por exemplo, *Natureza Humana*, Imago, 1990). Com certeza não lhe escapava a distinção científica entre 'instinto' (impulso com objeto definido) e 'pulsão' (impulso com objeto em aberto). Mas talvez porque a tradição psicanalítica inglesa mantivesse 'instinto', ele também preferiu mantê-lo, e assim o manteve eu. Ao leitor cabe perceber que não se trata de um erro — nem meu, Masud Khan usou o termo 'pulsão', e assim foi traduzido, N.T.

Do Objeto Transicional ao Uso do Objeto

sistemas de fantasias inconscientes, poderia, em certos casos de extrema dissociação da realidade interna, tornar-se cúmplice do Falso Eu do paciente, e perpetuar sua patologia com comentários interpretativos. Ele tinha bons motivos para acreditar nisso a partir de sua experiência clínica, pois muitos que haviam feito longas análises de um tipo ou de outro o procuravam pedindo ajuda, e ele conseguiu muitas vezes transformar todo o clima da sensibilidade interna das pessoas, tornando-as capazes de perceber de que modo essa dissociação específica em Verdadeiro e Falso Eus operava dentro delas.

Para Winnicott foi se tornando cada vez mais importante definir o papel da imaginação, da ilusão e do brincar no espaço transicional, região de onde provêm todos os gestos de auto-realização verdadeiramente espontâneos, os quais se irão cristalizar numa tradição pessoal — a realidade interna, a qual consiste, portanto, em mais que o fantasmar.

O bebê parece acreditar que a espátula está sob seu controle, talvez em seu poder, certamente disponível para com ela expressar o seu eu. Ele bate com ela na mesa ou numa tigela metálica que está por ali, fazendo tanto barulho quanto possível; ou então a leva até a mininha boca, ou até a boca da mãe, gostando muito se *fingimos* que estamos sendo alimentados. Definitivamente, sua intenção é *brincar* de nos dar comida na boca, não gostando nem um pouco se formos estúpidos a ponto de pôr a espátula na boca, estragando a brincadeira enquanto brincadeira.

Neste ponto, gostaria de salientar que jamais encontrei qualquer evidência de que o bebê fica desorientado pela ideia de a espátula não ser nem comida nem um utensílio contendo comida.

Terceiro estágio: Há um terceiro estágio. Nela, o bebê em primeiro lugar deixa a espátula cair como que por acaso. Se ela lhe é devolvida ele se alega, brinca com ela novamente e a deixa cair mais uma vez, desta vez não tão por acaso. Quando ela lhe é devolvida novamente, ele a deixa cair propositalmente e passa a realmente adorar o ato de jogá-la de modo agressivo, ficando especialmente satisfeito quando ela faz um barulho metálico ao cair no chão.

O final desta terceira fase ocorre quando o bebê ou pede para descer ao chão com a espátula, onde se põe a mordê-la e a brincar com ela outra vez, ou então quando se cansa dela e passa a tentar alcançar algum outro objeto que esteja por perto.

O que eu gostaria de salientar aqui de modo especial é o que Winnicott chama de "período de hesitação". Pois mesmo uma rápida olhada no material apresentado em *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil* revelaria muito enfaticamente que a essência do jogo do rabisco é o modo como Winnicott cria um *espaço*, um *espaço transicional*, onde esse "período de hesitação" não apenas está plenamente presente, como é estimulado por ele até desabrochar num gesto criativo, o rabisco. Trata-se inclusive de um conceito importante para a teoria psicanalítica em geral, e especialmente para o nosso trabalho clínico com adultos. O conceito do "período de hesitação" acrescenta algo novo ao conceito clássico de resistência conforme o conhecemos dos trabalhos de Freud. É muito frequente encontrarmos em escritos psicanalíticos interpretações da resistência de um paciente, quando na verdade o paciente se encontra em um "período de hesitação", ou seja, em outras palavras, o paciente está de fato tateando em busca de "uma espécie de intimidade" na situação analítica, onde ele irá aos poucos fazer a sua primeira contribuição verbal ou gestual. O conceito do "período de hesitação" vincula, por outro lado, o trabalho de Winnicott às pesquisas de Hartmann (1958) sobre a área do ego livre de conflitos.

reguladoras" de Winnicott recebeu aclamação tão imediata quanto aquela

Esta noção, aparentemente tão explícita e tão facilmente compreensível, porque para Winnicott ela não era nada mais que isso, tem uma complexa 'biografia' clínica atrás de si.

Durante o tempo em que trabalhou no Paddington Green Children's Hospital e no Queen's Hospital for Children, ao longo de umas quatro décadas, ele atendeu cerca de 60.000 bebês, crianças, mães, pais e avós. A primeira declaração de Winnicott a respeito desta área de pesquisa encontra-se em seu trabalho "Observação de Bebês numa Situação Padronizada" (Cap. IV). Ali ele descreveu um certo padrão do comportamento infantil em relação à espátula no contexto da consulta solicitada pela mãe. Suas observações sobre tais fenômenos são tão importantes, que me sinto obrigado a reproduzi-las na íntegra:

Primeiro estágio: O bebê estende sua mão para a espátula, mas descobre subitamente que é melhor pensar um pouco mais sobre a situação. Ele se vê num dilema. Ou então põe a mão sobre a espátula, com seu corpo parado, e olha para mim e para sua mãe com os olhos bem abertos, observando e aguardando, ou, em certos casos, retira inteiramente o seu interesse da mesma e enterra o rosto na blusa da mãe. Normalmente é possível garantir que não seja dado nenhum estímulo reassegurador, e é muito interessante observar o gradual e espontâneo retorno do seu interesse pela espátula.

Segundo estágio: Enquanto dura o "período de hesitação" (como eu o denomino), o bebê mantém seu corpo na mesma posição, mas sem rigidez. Aos poucos ele reúne coragem suficiente para deixar que seus sentimentos afluam, e então a cena muda bem rapidamente. O momento em que a primeira fase se transforma na segunda é evidente, pois a aceitação, pelo bebê, da realidade de seu desejo pela espátula é anunciada por uma mudança no interior de sua boca, que se torna flácida, enquanto a língua parece grossa e macia, e a saliva flui copiosamente. Logo em seguida ele coloca a espátula em sua boca, e a mastiga com as gengivas, ou parece imitar o pai fumando um cachimbo. A mudança no comportamento do bebê é marcante. Em vez da expectativa e da quietude, agora vemos desenvolver-se a autoconfiança, e o corpo se move livremente de acordo com a manipulação da espátula.

Diversas vezes fiz a experiência de tentar colocar a espátula na boca do bebê durante o período de hesitação. Ou porque a hesitação corresponde ao que eu considero normal, ou porque difere disso em grau e qualidade, a mim parece impossível levar a espátula à boca do bebê durante esse período, salvo se exercermos a força bruta. Em certos casos em que a inibição é aguda, qual-quer tentativa minha que faça a espátula mover-se em direção ao bebê resulta em gritos, alívio e até cólica.

Winnicott aprofundou o seu pensamento em "Desenvolvimento Emocional Primitivo" (Cap. XII) onde, discutindo as primeiras experiências que o bebê tem da mãe, ele diz:

Em termos do bebê e do seio da mãe (não estou afirmando que o seio é essencial como um veículo para o amor da mãe), o bebê tem urgências instintivas e ideias predatórias. A mãe tem um seio e o poder de produzir leite, e a ideia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Esses dois fenômenos não se relacionam mutuamente até que a mãe e a criança *vivem juntos uma experiência*. Sendo madura e fisicamente apta, é a mãe que deve ser tolerante e compreensiva, e portanto é ela quem produz a situação que pode, se tudo der certo, resultar num primeiro vínculo que o bebê fará com um objeto externo, um objeto que é externo ao eu do ponto de vista do bebê.

Creio que o processo funciona como se duas linhas viessem de direções opostas, com a capacidade de se aproximar uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão* — uma pequena porção de experiência que o bebê pode aceitar *ou* como uma alucinação *ou* como algo pertencente à realidade externa.

O que Winnicott chama, em *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*, de "uma espécie de intimidade", é o que ele aqui descreve como o relacionamento em que a mãe e o bebê "*vivem juntos uma experiência*". Ele também acrescenta um novo elemento à sua afirmação anterior sobre o jogo da espátula, a saber, o "*momento de ilusão*". E deste ponto específico que ele irá dar o passo seguinte, de cristalizar o conceito de objeto e fenômeno, transicionais.

O conceito do objeto transicional em si mesmo é bastante conhecido. Winnicott o discutiu, bem como as suas implicações, de um modo muito detalhado em seu livro *O Brincar e a Realidade* (1971b). Cito aqui o resumo que ele apresentou sobre as qualidades específicas do relacionamento entre o bebê e o objeto transicional.

1. O bebê assume direitos sobre o objeto, e nós concordamos com isso. No entanto, uma certa anulação da "onipotência" faz parte da situação desde o início.
2. O objeto é afetuosamente acariciado, e também amado e mudado experimentalmente.
3. Ele não deve mudar nunca, a não ser pela ação do bebê.
4. Deve ser capaz de sobreviver ao amor instintivo, bem como ao ódio e, se esta for uma característica, à agressão pura e simples.
5. No entanto, ele deve dar ao bebê a impressão de ser quente, ou de se mover, ou de ter textura, ou de agir de modo a parecer ter vida e realidade próprias.

6. Do nosso ponto de vista ele provém do exterior, mas do ponto de vista do bebê não é bem assim. Mas também não vem do interior, não se trata de uma alucinação.

7. Seu destino é o de ser gradualmente "descartizado", de modo que ao longo dos anos ele não é exatamente esquecido, mas relegado ao limbo. Com isto, eu quero dizer que na saúde o objeto transicional não vai "para dentro", nem os sentimentos a seu respeito sofrem necessariamente uma repressão. Ele não é esquecido, nem é objeto de um luto. Apenas perde o sentido, e isto porque os fenômenos transicionais se tornaram difusos, espalharam-se por sobre todo o território intermediário existente entre a realidade psicológica interna e o "mundo externo como é percebido de comum acordo por duas pessoas", ou seja, o campo da cultura como um todo.

O ponto importante a assinalar é o de que o objeto transicional não é significativo por ser uma coisa; sua *coisidade* é crucial apenas porque ela ajuda a criança a sustentar uma realidade interna que se amplia e evolui, e a auxilia a diferenciá-la do mundo que não é o eu.

Winnicott afirmou que o objeto transicional

não é o pano ou o ursinho de pelúcia usados pelo bebê — não é o objeto em si mesmo, mas o uso desse objeto. Chamo a atenção para o *paradoxo* implícito ao uso feito pelo bebê disso que denomino objeto transicional. Minha contradição é a de pedir que o paradoxo seja aceito e tolerado, e respeitado, e não resolvido. Através da fuga para a função intelectual dissociada é possível resolver o paradoxo, mas o preço a ser pago é a perda do valor do paradoxo propriamente dito.

Winnicott estava inteiramente cômico de que o conceito do objeto transicional tinha estreita correspondência com certos conceitos da literatura e da arte. Por exemplo, as colagens cubistas de Braque e Picasso apresentam claramente a característica do objeto transicional, pois integram o dado ao criado, o imaginado ao concretamente encontrado — num espaço único, o da tela — e lhes dão ali uma unidade e uma realidade novas. De modo semelhante, a estética de Mallarmé e o conceito joyciano de epifania tratam do mesmo tipo de atividade e experiência humanas. E por esta razão que mais tarde, próximo ao final de sua vida, Winnicott interessou-se tanto pelo modo como a cultura, com o seu amplo vocabulário de símbolos e suas atividades simbólicas, ajuda o indivíduo a encontrar e a realizar a si mesmo. O conceito do objeto transicional ajudou o pensamento psicanalítico a reavaliar o papel da cultura como uma contribuição positiva e construtiva à experiência humana, em vez de "como fonte de mal-estar".

Mas o desenvolvimento mais importante no pensamento de Winnicott a partir desta área de pesquisa foi a diferença entre o relacionamento com o objeto e o uso do objeto. Uma afirmação muito sucinta a esse respeito surge no trabalho "O Uso de um Objeto" (1969). Eis um resumo do mesmo:

A relação com o objeto pode ser descrita em termos de uma experiência do sujeito. A descrição do uso do objeto implica em considerar a natureza do objeto. Ofereço para discussão os motivos pelos quais, em minha opinião, a capacidade de usar um objeto é mais sofisticada que a capacidade de relacionar-se com objetos; pois o relacionar-se pode ser com objetos subjetivos, enquanto o uso implica em que o objeto é parte da realidade externa. É possível observar a seguinte sequência: 1 — o sujeito *relaciona-se* com um objeto. 2 — o objeto está em processo de ser encontrado, em vez de colocado no mundo pelo sujeito. 3 — o sujeito *desvê* o objeto. 4 — o objeto sobrevive à destruição. 5 — o sujeito pode *usar* o objeto.

O objeto está sempre sendo destruído. Tal destruição torna-se o pano de fundo inconsciente do amor pelo objeto real, ou seja, por um objeto que está fora do controle onipotente do sujeito.

O estudo deste problema implica em estabelecer o valor positivo da destrutividade. A destrutividade, acompanhada pela sobrevivência do objeto à destruição, situa o objeto do lado de fora da região de objetos criados pelos mecanismos projetivos do sujeito. Em consequência, surge uma realidade compartilhada que o sujeito pode usar, e a qual pode fornecer de volta ao sujeito uma substância outra-que-não-eu.

As implicações desta hipótese para o entendimento do que ocorre na transferência são ao mesmo tempo bastante intrigantes e complexas, porque ela lança uma nova luz sobre a experiência da destrutividade no clima total do contexto clínico. O conceito do objeto transicional e a distinção entre a relação de objeto e o uso do objeto permitem que experimentemos e avaliemos o comportamento total do paciente na situação clínica de um modo inteiramente novo. Agora, o não relacionar-se do paciente não é mais visto como se ele estivesse negando-se a se relacionar, mas como se ele estivesse procurando deixar de relacionar-se com o objeto¹ e tentasse usar o analista como objeto². Isto confere ao clássico conceito de transferência, em geral visto como a repetição de relações primitivas e de sistemas de fantasias inconscientes refletindo impulsos arcaicos do id, uma amplitude e um alcance

1 Subjetivamente concebido — por exemplo, os objetos parciais e os objetos projetados na transferência. N.T.
2 Objetivamente percebido. N.T.

ce maiores. Uma nova potencialidade surge no espaço clínico, e também um novo relacionamento, dando lugar à realização afetiva e imaginativa do eu através do uso do analista ao mesmo tempo como objeto transicional e como objeto que é de fato objetivo. A ênfase de Winnicott sobre este ponto é no sentido de que nesta área de funcionamento psíquico o que está em curso é essencialmente "o paradoxo, e a aceitação do paradoxo": O bebê criou o objeto, mas o objeto estava lá, esperando para ser criado e para tornar-se um objeto catequizado.³ Em termos da transferência, isto significa que o analista e o paciente são partes de um processo total mais amplo dentro do contexto analítico, no qual ambos estão sendo 'criados' e 'encontrados' um pelo outro. É esta mutualidade e reciprocidade que criam um novo dinamismo dialógico, mais importante que a mera relação objetal na transferência. Winnicott (1970) apresentou um relato clínico da 'experiência de mutualidade' na análise de uma paciente adulta de 40 anos, casada e mãe de dois filhos. Ela o procurou para tratamento depois de seis anos de análise com uma analista mulher:

O Fragmento que escolhi para descrever tem a ver com a absoluta necessidade de que tinha esta paciente de, de tempos em tempos, estar em contato comigo. (Ela havia temido dar esse passo com uma analista mulher devido às implicações homossexuais da situação.)
Foram tentadas várias formas de intimidade, principalmente aquelas relativas à alimentação e ao manejo de um bebê. Houve episódios violentos. Em certo momento ocorreu que estávamos juntos, com a sua cabeça em minhas mãos.
Sem qualquer deliberação de parte a parte surgiu um ritmo de embalo. O ritmo era um tanto rápido, de 70 movimentos por minuto (cf. o batimento cardíaco), e custou um certo esforço adaptar-me a ele. Seja como for, lá estávamos nós com uma *mutualidade*, expressa em termos de um leve mas persistente movimento de embalo. Estávamos nos *comunicando* um com o outro sem palavras. Isto ocorria num nível de desenvolvimento que não exigia da paciente uma maturidade maior do que a que ela descobriu possuir na regressão à dependência nessa fase de sua análise.

Essa experiência, várias vezes repetida, foi crucial para a terapia, e a violência que nos havia levado àquele ponto somente então foi percebida como uma preparação e um teste — bastante complexo — da capacidade de análise de corresponder às várias técnicas de comunicação da primeira infância.

A Regressão, o Manejo e o Brincar no Contexto Clínico

Conta-se de Ibn el-Arabi que alguém lhe disse: 'Vosso círculo é composto principalmente de mendigos, lavadores e artesãos. Não poderéis vos encontrar pessoas mais cultas que vos seguissem, para que fossem feitas anotações mais fidedignas de vossos ensinamentos?'

Respondeu o mestre: 'O Dia da Calamidade estará infinitamente mais próximo quando eu tiver eruditos e intelectuais cantando meus louvores. Pois sem dúvida eles o fariam por amor a si próprios, e não por amor à nossa obra!'

Idries Shah, *The Wisdom of the Idiots*

Para cada palestra que Winnicott era convidado a dar numa das assim chamadas sociedades profissionais de alto nível, ele deu pelo menos uma dúzia em reuniões de assistentes sociais, organizações de assistência à infância, professores, clérigos, e assim por diante. Dava-lhe uma satisfação toda especial falar a pessoas comuns, gente profundamente preocupada em ajudar os outros, fossem estes crianças, adultos em dificuldade ou pessoas perdidas num mundo que não conseguiam enfrentar. Uma das razões para isto era que nesses encontros ele aprendia mais do que nos debates com os seus colegas e suas armaduras intelectuais. Tinha horror aos malabarismos mentais em que, é forçoso admitir, o pensamento psicanalítico contemporâneo cai tão frequentemente. Além do mais, Winnicott sentia-se livre para apresentar o paradoxo que era *ele próprio* a pessoas que estivessem interessadas mais em cuidar que em curar os psiquiatricamente doentes, fossem eles crianças ou adultos.

Em nenhuma outra área de suas pesquisas a necessidade do paradoxo, tão característica de sua sensibilidade, mostrou-se mais dramaticamente vital que nos seus estilos de trabalho clínico: com as crianças, através daquela linguagem própria que era o jogo do rabisco, e em seus tratamentos analíticos de adultos, aos quais ele *sustentava* em longas fases de regressão à dependência no interior do contexto. Ao clima de "uma espécie de intimidade", com sua espontaneidade de gestos e fala numa reciprocidade de comparação, enquanto brincava com a criança nas consultas terapêuticas, ele contrapôs a sustentação do paciente em regressão à dependência no contexto analítico. Nas *Consultas Terapêuticas* temos uma série de exemplos cheios de vivacidade dos alegres encontros clínicos entre Winnicott e os jovens pacientes. Mas em lugar algum encontraremos relatos sobre a extraordinária quietude de sua presença fisicamente alerta na situação clínica. Somente aqueles dentre nós que tivemos o privilégio de ser seus pacientes, que fomos

cidadãos por ele, podemos testemunhar sobre a qualidade tão especial dessa atenção, simultaneamente psíquica e somática.¹ Winnicott apresentou o seu primeiro relato sobre regressão à dependência de um paciente adulto em seu trabalho "Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico" (Cap. XXII). Sua questão teórica fundamental era:

... é inútil utilizar o termo regressão toda vez que nos deparamos com um comportamento infantil num relato clínico. O termo regressão acabou dando origem a um significado popular que não precisamos adotar. Quando falamos de regressão em psicanálise, supomos a existência de uma organização egóica e uma ameaça de caos. Há muito que estudar aqui sobre o modo como um indivíduo armazena memórias e idéias e potencialidades. É como se houvesse uma expectativa de que surjam condições favoráveis que possibilitem a regressão e ofereçam a oportunidade para a retomada do desenvolvimento, que havia sido inicialmente impossibilitado ou dificultado por falha do ambiente.

O que deve ser especialmente assinalado nesta declaração é a expressão "uma expectativa de que surjam condições favoráveis que possibilitem a regressão". Winnicott acreditava, e a experiência clínica de outros o comprovou, que uma pessoa que precisa regressar à dependência jamais poderá fazê-lo por si mesma, ou pedi-lo, sendo necessário que alguém consiga perceber essa necessidade e colocar-se em condições de preenchê-la. Seu trabalho com as assim chamadas crianças delinquentes ensinou-lhe o quanto tais atos anti-sociais constituíam um modo de afirmar uma necessidade e proclamar uma demanda (Winnicott 1956b). Na situação analítica ele aprendeu a reconhecer a inabilidade do paciente de privado² de reivindicar sua *necessidade*, não por estar resistindo, mas por sua incapacidade de entrar na "brincadeira" que chamamos de associação livre. Freud havia tido o gênio e a compaixão de compreender que o fato de o paciente não conseguir dizer sua verdade não representava uma *recusa*, mas uma resistência inconsciente, e somente a revelação de suas causas poderia ajudá-lo a explicitar essa verdade. Winnicott acrescentou a isto uma nova dimensão — a saber, de que há pessoas cujo ambiente inicial havia sido tão deficiente, que o que *tinham a*

1 Masud Khan esquece, neste ponto, o relato de Winnicott sobre a paciente que se descobriu existindo — Ver o Cap. IV ("O Brincar") de *O Brincar e a Realidade*, pp. 79-93. Ali Winnicott fala repetidas vezes de seu silêncio na sessão, e até da reação da paciente a isto. N.T.
2 Considerarei importante, a fim de manter a clareza, traduzir 'deprived' por 'de-privado', com seu sentido especificamente winnicottiano, para distinguir da 'privação' com seu significado apenas vernacular. N.T.

lizer havia ocorrido numa época em que elas não tinham ainda as capacidades egóticas necessárias para lidar com isso ou mesmo conhecê-lo. Elas podiam apenas *registrá-lo*. Portanto, era da responsabilidade do analista ir ao seu encontro, *lendo* e preenchendo tal *necessidade*.

Neste contexto, Winnicott estabelece uma importante diferença entre as funções do desejo e da necessidade no processo clínico:

É legítimo falar dos *desejos* do paciente, o desejo (por exemplo) de ficar quieto. Com o paciente regredido a palavra desejo é incorreta. Devemos em seu lugar usar a palavra *necessidade*. Se um paciente regredido *necessita* de silêncio, nada poderá ser feito sem isso. Se a necessidade não é preenchida, a consequência não é a raiva, mas uma reprodução da falha ambiental que paralisou o processo de desenvolvimento do eu. A capacidade individual de "desejar" sofreu interferência, e assistimos ao ressurgimento da causa original do sentimento de inutilidade.

O paciente regredido encontra-se próximo de reviver uma situação de sonho ou de memória. A *atuação* de um sonho pode ser o meio pelo qual ele descobre o que é urgente, e falar sobre o que foi atuado é algo que pode ocorrer depois da ação, mas nunca antes dela.

1. Provisão de um contexto que proporcione confiança.
 2. Regressão do paciente à dependência, com a devida consciência dos riscos envolvidos.
 3. O paciente tem a noção de um novo sentido do eu. O eu até aqui oculto rende-se ao ego total. Nova progressão do processo individual que se havia paralisado.
 4. Descongelamento de uma situação de falha do ambiente.
 5. A partir da nova posição de força do ego, raiva relativa à falha inicial, sentida no presente e explicitada.
 6. Saída da regressão à dependência, em progressão organizada em direção à independência.
 7. Desejos e necessidades instintivos tornando-se realizáveis de modo genuinamente vigoroso e vivaz.
- Winnicott havia moldado a situação clínica e o modo de relacionar-se com o paciente regredido, tendo por base os cuidados da "mãe devotada comum" para com o seu bebê. Isto, por definição, implica num desafio extraordinário

as assim chamadas sensibilidade e capacidade contratransferenciais do analista. Em seu trabalho "O Ódio na Contratransferência" (Cap. XV) ele discute essa questão mais detalhadamente. Costaria de citar uma passagem crucial:

Se o analista vai ser acusado de abrigar maus sentimentos, é bom que ele esteja prevenido, e portanto preparado, pois ele tem que tolerar ser colocado nesse lugar. Sobretudo, não deve negar o ódio que realmente existe dentro dele. Um ódio *justificado* na situação presente deve ser identificado e guardado, ficando disponível para a interpretação no momento certo.

Winnicott tinha plena consciência da incontestável ingratidão do paciente na fase da regressão à necessidade, que na contratransferência pode ser entendida não pela compaixão ou pela interpretação, mas pelo ódio bem do-sado. Isto porque aqui, com excessiva frequência, a negação do ódio na contratransferência leva o relacionamento terapêutico a degenerar em sedução do paciente através de um concernimento exagerado, ou num confronto com ele por meio de interpretações verborrágicas, que apenas insultam as suas dificuldades.

Uma outra característica do tipo de atenção exigida do analista pelo paciente em estado regressivo pode ser melhor descrita em termos do que Winnicott chamou de "preocupação materna primária" (1956a).

Se a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a linha de vida do bebê é perturbada muito pouco por reações à intrusão. (Obviamente, são as *reações* à intrusão que importam, não a intrusão em si mesma.) As falhas maternas produzem fases de reação à intrusão, e tais reações interrompem o "continuar a ser" do bebê. Um excesso de reações não produz frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*. Isto, em meu ponto de vista, representa uma ansiedade muito primitiva, bem anterior a qualquer outra que incluía em sua descrição a palavra "morte".

Em outras palavras, a base para o estabelecimento do ego é uma quantidade suficiente desse "continuar a ser" não interrompido por reações à intrusão. A suficiência do "continuar a ser" só é possível no início, se a mãe se encontra nesse estado que (conforme sugeri) é algo muitíssimo real quando a mãe saudável está próxima do fim do período de gestação, e durante um período de umas poucas semanas em seguida ao nascimento do bebê.

Somente a mãe sensibilizada do modo como estou descrevendo pode sentir-se na pele do bebê, e assim preencher as suas necessidades. Tais necessidades são a princípio corporais, transformando-se com o tempo em necessidades do ego, quando começa a surgir uma psicologia a partir da elaboração imaginativa das experiências físicas. Surge então uma relação-bilidade egótica entre a mãe e o bebê, da qual a mãe se recupera, e a partir da

pedido de ajuda através do reassesguramento. O manejo, na verdade, consiste no fornecimento de um ambiente adaptado, no contexto e fora dele, que falhou ao paciente em seu processo de desenvolvimento, sem o qual só lhe resta existir em termos da utilização reativa de mecanismos de defesa e de potencialidades do id. Somente quando o manejo foi eficaz para o paciente é que o trabalho interpretativo pode ter algum valor terapêutico. O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes ocorrem lado a lado, ajudando-se e facilitando-se mutuamente na experiência total de vida do paciente.

A medida que aumentava sua competência profissional, e seus conceitos cresciam em alcance e profundidade, Winnicott tornou-se capaz de possibilitar a regressão à dependência em forma simbólica, num sonho, por exemplo. Uma bela descrição nos é dada em "Dependência em Bebês, em Crianças e no Contexto Psicanalítico" (1963b). Começou a perceber também que o que o paciente necessitava por vezes eram momentos de regressão, e não necessariamente viver uma fase em estilo regredido. Em sua última declaração a respeito, disse:

Descobri que o paciente necessita de fases de regressão à dependência dentro da transferência, resultando em experiências do efeito total da adaptação à necessidade que, na verdade, baseia-se na capacidade do analista (a mãe) de identificar-se com seu paciente (seu bebê). Não decorrer desse tipo de *vivência*, há a experiência suficiente de fusão com o analista (a mãe) a ponto de permitir que o paciente viva e se relacione sem precisar recorrer aos mecanismos identificatórios de projeção e introjeção.¹ Em seguida ocorre o doloroso processo de separação do objeto em relação ao sujeito. O analista torna-se separado e é posto fora do alcance do controle onipotente do paciente. A sobrevivência do analista à destrutividade que se segue a essa mudança, e que dela faz parte,² leva ao surgimento de algo novo, a saber, o uso do analista pelo paciente, e o início de um novo relacionamento baseado na identificação cruzada. O paciente pode agora começar a se colocar imaginariamente na pele do analista, e (ao mesmo tempo) é possível, e bom, que o analista possa sentir-se na pele do paciente a partir de um certo lugar, isto é, tendo os seus próprios pés bem calçados no chão.

Ao longo de quase quatro décadas de intenso trabalho clínico, Winnicott acabou chegando a uma espécie de síntese de suas diversas teorias e práticas clínicas. Disto ele nos dá um relato definitivo em seu último livro, *O Brincar e a Realidade* (1971). Para ele, a disciplina extrema, o autocontrole e as

1 Cf. com "estar só na presença do outro". No início, a não-integração é inerente a onipotência, e portanto a indiferenciação. N.T.

2 Lembremo-nos, aqui, da *ruthlessness* e do repúdio ao não-eu. N.T.

qual o bebê pode vir a construir a idéia de que a mãe é uma pessoa. Visto deste ângulo, o reconhecimento da mãe como pessoa ocorre de modo positivo, normalmente, e não pela percepção da mãe como símbolo de frustração. A falha da mãe em adaptar-se nos primeiros momentos não produz outra coisa a não ser a angústia do eu do bebê.

() que a mãe faz bem não é jamais aprendido pelo bebê nesse primeiro estágio. Trata-se de um fato que está de acordo com a minha tese. As falhas não são percebidas como falhas da mãe, mas como ameaças à existência pessoal.

Na linguagem destas considerações, a construção inicial do ego é, portanto, silenciosa. A primeira organização egóica provém das ameaças de angústia que não levam à angústia e das quais, repetidamente, o *debe se recuperar*. É destas experiências que se inicia a confiança na recuperação, algo que irá levar o ego a tornar-se capaz de lidar com a frustração.

A longa citação se deve ao fato de que nestas colocações tão simples encontramos todas as crises com que nos defrontamos quando lidamos clinicamente com o paciente no ponto de regressão à dependência. Aqui, as falhas na situação analítica derivam invariavelmente de nossa incapacidade de *pre-encher* as necessidades do paciente, e não da sua resistência. Além do mais, se é lícito metaforizar o que Winnicott define como o papel da mãe em termos da sensibilidade do analista em relação às necessidades do paciente, teremos em mãos um esquema bastante útil para guiar nosso comportamento junto ao paciente.

Lidar clinicamente com as necessidades do paciente no estágio de regressão à dependência implica inevitavelmente mais em *manejo da situação* do que em interpretação. Nos escritos de Winnicott podemos encontrar indicações de três tipos básicos de *manejo*:

1. A qualidade do contexto analítico: o silêncio e a ausência de intrusões sobre o paciente.

2. O fornecimento, pelo analista, do que é necessário ao paciente: a ausência de intrusões pela interpretação, e/ou a sua presença física, e/ou a liberdade dada ao paciente de andar ou simplesmente estar ali, ou fazer o que lhe parecer necessário.

3. O manejo pode ser fornecido somente em termos de um ambiente social ou familiar, e pode variar entre a hospitalização e os cuidados proporcionados pela família ou por amigos.

O ponto central a ser assinalado aqui sobre a questão do *manejo* é que não se trata de aceitar os caprichos ou vontades do paciente, nem de evitar o

1 Cf. com a "síndrome da mãe morta", de André Green. N.T.

reticências necessários para *sustentar* um paciente através das fases de regressão à dependência, e tudo aquilo que era inerente ao manejo, "uma espécie de intimidade" nas consultas com crianças, onde o gesto e a palavra eram livres e recíprocos, tudo isto tinha um elemento em comum: o *brincar*. Winnicott distinguia a "utilização do brincar", que era rotina na prática clínica da análise de crianças, do brincar como "algo em si mesmo". Estabeleceu, também, uma significativa diferença entre o substantivo, brincadeira e o substantivo verbal brincar. Sua hipótese fundamental sobre isso pode ser resumida em duas citações:

A psicoterapia ocorre na superposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia consiste em duas pessoas brincando juntas. O corolário dessa idéia é de que quando o brincar não é possível, o trabalho desenvolvido pelo terapeuta deve ser o de trazer o paciente da condição de não conseguir brincar para uma outra, em que ele consegue brincar.

E:

Tudo o que digo sobre crianças brincando realmente aplica-se também a adultos, apenas é mais difícil descrever o que acontece quando o material do paciente aparece predominantemente em termos de comunicação verbal. A meu ver, a expectativa de encontrarmos o brincar na análise de adultos deve ser tão grande quanto no trabalho com crianças. Ela se manifesta, por exemplo, na escolha de palavras, nas inflexões de voz, e também, com certeza, no senso de humor.

É importante — e imperativo — ter em mente o fato de que o jogo do rabisco não é uma *técnica* de consulta terapêutica. Ele é simplesmente um meio para atingir um fim, o fim sendo aquele momento crítico durante a consulta (que Winnicott chamou de "sagrado") em que a criança e o terapeuta tomam consciência em conjunto, repentinamente, da natureza exata do problema emocional ou psicológico que aflige a criança, e que a esta impedindo de crescer e de usufruir do fato de ser ela mesma. Na verdade, é preciso um tipo muito especial de sensibilidade psicossomática, como era a de Winnicott, para tomar parte nesse jogo. A mera imitação disto teria como consequência a produgão de grossas caricaturas daquilo que Winnicott era capaz de realizar. E ele o realizava com uma alegria e uma seriedade que traziam não apenas um grande deleite para observadores ou leitores, mas sobretudo um impacto terapêutico profundo e de grande *insight*.

Até aqui discuti o trabalho clínico de Winnicott no seu aspecto relativo ao *manejo* de pacientes que necessitam regressar à dependência no contexto analítico. Propositivamente eu disse "contexto analítico" e não "transferência".

cia", pois há aí uma diferença fundamental que não devemos perder de vista. Para usar a transferência propriamente dita, o paciente enquanto pessoa deve ter alcançado um certo grau de maturidade através de seu desenvolvimento e seu processo de maturação. Infelizmente, ocorre com excessiva frequência que os analistas atribuem aos seus pacientes a capacidade de relacionar-se e usar a transferência, e esta é a sua principal expectativa, na medida em que esperam poder funcionar como analistas. Nem sempre, porém, os pacientes estão em condições de fazê-lo. Marion Milner conta (1969) um caso clínico onde tal situação nos é relatada de modo emocionante e exaustivo.¹ Em seu trabalho "Variações Clínicas da Transferência" (Cap. XXIII), Winnicott demonstra bem clara esta proposição:

Onde for encontrado um ego intacto e o analista puder ter certeza sobre os detalhes iniciais dos cuidados recebidos pelo paciente, o contexto da análise é menos importante que o trabalho interpretativo. (Por contexto compreendo o somatório de todos os detalhes do manejo.) Mesmo assim, há uma quantidade mínima de preocupação com o manejo nas análises comuns que é mais ou menos aceita por todos os analistas.

No mundo que estou descrevendo, porém, o contexto torna-se mais importante que as interpretações. A ênfase move-se de um pólo ao outro.

O comportamento do analista, representado pelo que acima denominamos contexto, sendo suficientemente bom quanto à sua adaptação às necessidades do paciente, será gradualmente percebido por este como algo que proporciona a esperança de que o verdadeiro eu poderá, finalmente, correr o risco envolvido em dar início à experiência de viver.

Em algum momento o falso eu é colocado nas mãos do analista. Trata-se de um período de profunda dependência e sério risco, e o paciente está naturalmente num estado de intensa regressão. (Por *regressão* entendo, aqui, a regressão à dependência e aos estados iniciais do desenvolvimento.) Temos aqui uma situação muitíssimo angustiante, porque o paciente tem noção — o que não ocorre com a criança pequena na situação original — dos riscos inerentes. Em certos casos uma parcela tão grande da personalidade está envolvida, que o paciente precisa ser internado durante essa etapa. Tais processos podem ser melhor estudados, porém, naqueles casos em que essa situação fica razoavelmente limitada ao âmbito da sessão de análise.

Uma das características da transferência nesse estágio é o modo como devemos permitir que o passado do paciente se torne presente. Esta idéia pode ser encontrada no livro de Mme. Sechehaye e em seu título, *À Realiza-*

5507/08

1 O livro mencionado — *The Hands of the Living God*, de Marion Milner, é o relato da longa análise de uma paciente profundamente regredida. Brett Kahr conta, em sua biografia de Winnicott — *D. W. Winnicott, sua vida e sua obra* (Exodus Editora, 1997), que foi o próprio Winnicott quem pagou por esse tratamento. N.T.

ção Simbólica. Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao nosso consultório, neste outro tipo de trabalho é mais correto dizer que o presente volta ao passado, e é o passado. Assim, o analista se vê confrontado com o processo primário do paciente na situação em que o mesmo era originalmente válido.

Winnicott faz, então, um comentário que é bem típico de seu modo de pen-

O modo pelo qual essa mudança ocorre, desde a experiência de sentir-se dilacerado até a experiência da raiva, é algo que me interessa particularmente, porque neste ponto de meu trabalho eu me vejo surpreendido. O paciente usa as falhas do analista. É preciso que haja falhas, e na verdade não há a intenção de proporcionar uma adaptação perfeita. Eu diria que é menos prejudicial cometer erros com esse tipo de paciente do que com os pacientes neuróticos. Talvez outros tenham se surpreendido, como ocorreu comigo, em descobrir que enquanto um erro grosseiro provoca um estrago muito pequeno, um ligeiro erro de julgamento pode acarretar um enorme efeito. A chave desse enigma encontra-se no fato de que a falha do analista está sendo usada, e deve ser tratada como uma falha do passado, que o paciente pode perceber, e abarcar e zangar-se agora. O analista precisa ser capaz de fazer uso de suas falhas no sentido de seus significados para o paciente e deve, tanto quanto possível, assumir a responsabilidade por cada falha, mesmo que isto implique que em examinar sua contratransferência inconsciente.

Um relato detalhado sobre como Winnicott facilitava para o paciente o trabalho de encontrar a sua própria pessoa na situação analítica, emergindo de um agudo retraimento esquizóide — sua forma de vida — para compartilhar sentimentos de modo vivo e excitado, nos é dado na sua volumosa história de um caso clínico, intitulada *Fragments of an Analysis*. Trata-se de um relato quase integral das associações do paciente e das interpretações do analista.

É neste contexto que desejo discutir em maior profundidade o conceito winnicottiano da tendência anti-social (Cap. XXV) e suas implicações para a técnica psicanalítica, por constituir uma ponte entre o trabalho clínico com pacientes fronteirizos e com aquelas que poderíamos chamar de pessoas normais, que buscam a terapia por se sentirem mal consigo mesmas e/ou por acreditarem que suas vidas não fluem da melhor maneira em termos de suas potencialidades e capacidades.

Winnicott diz explicitamente que:

A tendência anti-social não é um diagnóstico. Não se compara diretamente com outros termos diagnósticos, tais como neurose e psicose. A tendência

anti-social pode ser encontrada em pessoas normais, tanto quanto em neuróticos ou psicóticos.

Os aspectos etiológicos da tendência anti-social são descritos por Winnicott de um modo claro e convincente:

de um modo claro e convincente;

Quando há uma tendência anti-social é porque ocorreu uma verdadeira de-privação (não um simples estado de privação). Ou seja, ocorreu a perda de algo bom que havia sido positivo na vida da criança até um certo momento, e que então desapareceu: o desaparecimento estendeu-se por um período de tempo mais longo do que aquele em que a criança poderia conservar viva a memória daquela experiência. Uma descrição abrangente da de-privação inclui-nos o que ocorre nos estágios iniciais e nos estágios tardios, o trauma agudo e pontual (que ocorre num momento específico) e a situação traumática contínua, e também, ao mesmo tempo, a que leva a uma condição quase normal e a que provoca uma franca anormalidade.

De que modo essa busca pela experiência perdida se realiza no espaço-vivido pela criança ou pelo adulto é o que Winnicott descreve a seguir:

Existem sempre duas vertentes na tendência anti-social, embora a ênfase às vezes pendam mais para um dos lados. Uma vertente é representada tipicamente pelo furto, e a outra pela destrutividade. Na primeira, a criança está procurando algo em algum lugar e, não o encontrando, procura em outro lugar, quando há esperança. Na segunda, a criança está buscando aquela estabilidade ambiental capaz de resistir às pressões do comportamento instintivo. Trata-se da busca de uma provisão ambiental perdida, de uma atitude humana que, por ser confiável, proporciona ao indivíduo a liberdade de mover-se e agir e sentir-se excitado.

É especialmente por causa da segunda vertente que a criança provoca reações do ambiente como um todo, como se buscasse uma moldura cada vez mais vasta, um círculo cujo exemplo mais primitivo é o corpo da mãe, ou os braços da mãe. É possível visualizar aqui uma série: o corpo da mãe, os braços da mãe, o relacionamento dos pais, o lar, a família (incluindo primos e parentes próximos), a escola, o bairro com sua delegacia de polícia, o país com suas leis.

Estou plenamente consciente do excesso das minhas citações. No entanto, sinto-me legitimado em apresentar Winnicott desta maneira por um comentário que me fez certa vez o falecido Heinz Hartmann: "Todo o mundo se refere ao meu trabalho, mas poucos o leram." Certos conceitos são muito

traícoiros em sua simplicidade. Há quem ouça falar deles e pense que entendem plenamente sua verdadeira intenção e importância. Mas é muito raro que isto aconteça.

Levando seu pensamento adiante, Winnicott pergunta:

É possível reunir as duas vertentes, o furto e a destruição, a busca do objeto e a provocação, a compulsão libidinal e a compulsão agressiva? A meu ver, a junção das duas vertentes está na criança, representando uma *tendência para a autocura*, a cura da des-fusão dos instintos.

Quando há, à época da de-privação original, algum grau de fusão entre as raízes agressiva (motilidade) e libidinal, a criança relivida a mãe através de uma mistura de atos de furto, agressão e caos, de acordo com os aspectos específicos do seu desenvolvimento emocional. Quando há um grau menor de fusão, a busca do objeto e a agressividade ficam mais separadas uma da outra, indicando um grau mais elevado de dissociação. Isto leva à proposição segundo a qual *o valor de transtorno da criança anti-social é um aspecto essencial*, sendo também, na melhor das hipóteses, um aspecto favorável, indicando (mas uma vez) a existência de uma potencialidade para que a criança se recupere da des-fusão entre os impulsos libidinal e motor.

Ao cuidar normalmente de uma criança, a mãe constantemente lida com o transtorno que ela lhe causa. Por exemplo, é comum um bebê vertter água no colo da mãe enquanto esta sendo amamentado ao seio. Numa época mais tardia isto aparteceria como uma regressão momentânea durante o sono ou ao acordar, resultando numa cama molhada. Qualquer exagero no transtorno causado pela criança pode indicar a existência de algum grau de de-privação e de uma tendência anti-social.

Entre parentes, dizem que a mãe deve falhar em sua adaptação às necessidades do bebê. Não se trata, aqui, de um equívoco, baseado na consideração das necessidades do id e na desconsideração das necessidades do ego? A mãe deve falhar em satisfazer as demandas instintivas, mas pode ser inteiramente bem-sucedida em não deixar a criança sentir-se desamparada, em *preencher as necessidades do ego* até o momento em que o bebê já tenha introjetado uma mãe que ampara o ego, e tenha crescido a ponto de conservar

Um pouco adiante Winnicott faz um comentário de vital importância para o diagnóstico da verdadeira natureza dos problemas do paciente na situação analítica:

essa introjeção mesmo quando o ambiente real falha em sua tarefa de apoio egóico.

Ele conclui:

Há um ponto específico que gostaria de enfatizar. Na base da tendência anti-social está uma experiência inicial positiva que acabou sendo perdida. Certamente, *é essencial que a criança já tenha alcançado a capacidade de perceber que a causa do desastre foi uma falha do ambiente*. A percepção correta de que a causa da depressão ou da desintegração é de origem externa, e não de origem interna, é a responsável por essa distorção da personalidade e pelo impeto de buscar a cura numa nova provisão ambiental. O grau de maturidade do ego que possibilita tal percepção determina o surgimento de uma tendência anti-social, em vez de uma doença psicótica. Muitas compulsões anti-sociais aparecem e são tratadas com êxito pelos pais já nos primeiros estágios. As crianças anti-sociais, porém, insistem em relivenciar essa cura pela provisão ambiental (inconscientemente, ou por motivação inconsciente), mas não estão em condições de se beneficiarem dela.

Aparentemente, o momento da de-privação original é durante o período em que o ego do bebê ou da criança pequena está em processo de alcançar a fusão entre as raízes libidinal e agressiva (ou motora) do id. No momento da espera, a criança:

Percebe uma nova situação que apresenta algum elemento de confiabilidade. Sente um impulso que poderia ser o de busca do objeto. Reconhece que a crueldade está à beira de tornar-se uma característica, e então agita o ambiente circundante na tentativa de torná-lo consciente do perigo e fazê-lo organizar-se para tolerar o transtorno. Se o ambiente suporta a carga, ele terá de ser testado mais e mais quanto à sua capacidade de resistir à agressão, prevenir ou reparar a destruição, tolerar o transtorno, reconhecer o elemento positivo na tendência anti-social, e por fim proporcionar e preservar o objeto a ser buscado e encontrado.

Apresentei esta hipótese de Winnicott tão detalhadamente pela simples razão de que ela me ajudou a modificar todo o meu modo de relacionar-me com os meus pacientes, e levou-me a reavaliar inteiramente o que à primeira vista seria identificado como resistência ou reação terapêutica negativa sob uma luz bem mais positiva. De acordo com a minha experiência clínica, *oferecemos* (isto é, prometemos) algo aos nossos pacientes, a saber, o espaço, o tempo e a oportunidade de dizer o que lhes dói e o que lhes falta, na linguagem que lhes é possível, e ao mesmo tempo lhes fazemos uma demanda no sentido contrário, ou seja, de que se submetam ao regime rigidamente orga-

A característica dos sintomas neuróticos é a contenção do conflito. Diferentemente, o comportamento anti-social tenta objetivar e exteriorizar elementos estranhos ao ego existentes na personalidade (cf. Winnicott 1972b). Por estas razões, a única testemunha do neurótico é ele mesmo, enquanto aquele que só pode viver no que o alige por meio da atuação esta sempre em busca de testemunhas. Isto cria problemas muito específicos em termos da situação analítica. A privacidade do contexto e o processo de transferência são adequados às necessidades do paciente neurótico, que precisa comunicar o que ele testemunha dentro de si. Já a tendência anti-social e seus milharos de sutis expressões comportamentais apresentam uma demanda ao analista no sentido de estender os limites, o espaço e a abrangência do contexto, para incluir todas aquelas experiências cruciais que ocorrerão, por sua lógica inerente, fora da situação analítica. Somente a tolerância para com este fato criará a confiança do paciente, que poderá então começar a testar a relação analítica de maneira simbólica. Desejos reprimidos transformam-se muito facilmente em processos simbólicos, mas a de-privação de necessidades busca a realização antes que o processo de simbolização possa iniciar-se. Uma das grandes contribuições de Winnicott à técnica foi a de ter esclarecido essa questão clínica. Ele a discute em seu artigo "Classificação: Há uma Contribuição Psicanalítica para a Classificação Psiquiátrica?" (1959).

A questão da classificação é resumida por ele da seguinte forma:

Para qualquer indivíduo situado no início de seu desenvolvimento emocional existem três coisas: Num extremo encontra-se a hereditariedade. No outro extremo, o ambiente que apóia, ou que falha e traumatiza. E no meio esta a capacidade individual de viver e defender-se e crescer. Na psicanálise lidamos com o viver, o defender-se e o crescer do indivíduo. Na classificação, porém, estamos considerando a fenomenologia global, e o melhor modo de fazê-lo é classificar primeiro os estados do ambiente. Em seguida podemos classificar as defesas individuais e, por fim, tentar avaliar a hereditariedade. Esta, essencialmente, consiste nas tendências inatas do indivíduo para crescer, integrar-se, relacionar-se com objetos, amadurecer.

Sua última reflexão a respeito da importantíssima questão do colapso da personalidade aparece em "O Medo ao Colapso" (1974), onde ele afirma:

É errado pensar que a psicose é um colapso da personalidade. Ela é uma defesa organizada contra uma angústia primitiva, e em geral é bem-sucedida para o ato anti-social.

nizado das nossas técnicas e que *falem* conosco de um modo inteiramente fora de seu alcance. As pesquisas de Winnicott ampliam e intensificam a tremenda tarefa terapêutica que herdamos de Freud, a qual consiste em criar um ambiente onde o outro, a partir de sua carência e de sua incapacidade, poderia crescer e aprender a testar e a experimentar tudo aquilo que até então era uma tentativa de autocura emudecida, ferida e vingativa, a fim de transcender a verdadeira capacidade de confiar nos outros e de personalizar a si mesmo, sem mais sentir-se ameaçado nem pela aniquilação nem por aquela submissão conveniente representada pela definitiva *dissociação do Verdadeiro Eu*.

Freud havia mostrado que todo sintoma traz consigo a realização de um desejo; Winnicott leva tal idéia adiante, mostrando que todo comportamento anti-social carrega dentro de si a proclamação da necessidade original não preenchida.

Num trabalho publicado postumamente, "A Delinquência como Sinal de Esperança" (1973), Winnicott estabelece uma distinção fundamental:

Neste ponto, torna-se necessário deixar claro que estamos falando dos dois aspectos de uma única coisa, a tendência anti-social. Gostaria de vincular um deles ao relacionamento entre a criança pequena e a mãe, e o outro a um relacionamento posterior que é o da criança com o pai. O primeiro tem a ver com todas as crianças, e o segundo diz respeito mais especialmente aos meninos. O primeiro refere-se ao fato de que a mãe, ao adaptar-se às necessidades da criança pequena, capacita a criança a encontrar objetos de modo criativo. Ela introduz o uso criativo do mundo. Quando isto fracassa, a criança perde o contato com os objetos, perde a capacidade de encontrar as coisas de maneira criativa. Num momento de esperança a criança estende a mão e furta um objeto. Trata-se de um gesto compulsivo, e a criança não sabe por que o faz. Às vezes a criança fica enfurecida por sentir a compulsão de fazer algo sem saber por quê. Naturalmente, a caneta furada da papelaria não satisfaz; não é o objeto que estava sendo buscado, e de qualquer modo a criança está *buscando a capacidade de encontrar, não um objeto específico*. Ainda assim, pode haver certa satisfação relativa ao que pode ser feito num momento de esperança. A mãe furada do pomar encontra-se mais propriamente na fronteira. Ela pode estar madura e saborosa, e pode ser divertido ver-se perseguido pelo dono. No entanto, a mãe pode estar verde e provocar dor de barriga, e pode acontecer também que o menino nem mais coma o que rouba, dando as graças para outros, e talvez ele organize o roubo sem correr o risco de pular o muro ele próprio. Nesta sequência, vemos a transição da travessura normal para o ato anti-social.

(exceto quando o ambiente facilitador tenha sido não deficiente mas tantalitante, talvez o pior que poderia acontecer a um bebê humano).

E conclui:

É claro para mim que o medo ao colapso é na verdade o: "...*medo a um colapso que já foi vivido*". É o medo à angústia original que deu origem à organização defensiva que, no paciente, surge como a síndrome da sua doença. A intenção de não existir pode ser compreendida da mesma maneira: a não existência se revelará parte de uma defesa. A existência pessoal é representada pelos elementos projetivos, e a pessoa procura fazer com que tudo que poderia ser pessoal seja projetado. Esta pode ser uma defesa um tanto sofisticada, e seu objetivo é o de evitar a responsabilidade (na posição depressiva) ou evitar a perseguição (no estágio que eu denomino de auto-afirmação, isto é, o estágio do *"eu sou"*, com a implicação inerente de *"repudio tudo aquilo que não é eu"*. Como exemplo menciono aquele jogo infantil "Eu sou o rei do castelo — você é um sujeito patife".

Nas religiões tal idéia pode surgir no conceito da união com Deus ou o Universo. Pode-se ver tal defesa sendo negada nos escritos e ensinamentos existencialistas, em que o existir é transformado em culto na tentativa de confrontar a tendência pessoal a não existir, que faria parte de uma organização defensiva.

Pode haver um elemento positivo em tudo isso, ou seja, um elemento que não é defensivo. Cabe pensar que *somente a partir da não existência é que a existência pode surgir*. É surpreendente o quão cedo (mesmo antes do nascimento, e certamente durante o processo do parto) pode ser mobilizada a consciência de um ego prematuro. Mas o indivíduo não pode se desenvolver a partir de uma raiz de ego, se este está dissociado da experiência psicossomática e do narcisismo primário. É precisamente neste ponto que se inicia a intelectualização das funções egóticas. Note-se que tudo isto ocorre muito antes do estabelecimento de qualquer coisa que mereceria ser chamada de eu.

Fazer-se e Tornar-se Pessoa

"Todo aquele que é feliz tem razão."
Conde Leon Tolstói

Winnicott era um homem feliz. Ele cresceu, único filho homem, adorado por seus pais e suas duas irmãs mais velhas. Os Winnicotts pertenciam à classe

1 Tantalizar: Excitar um desejo e não satisfazê-lo. Tântalo é um personagem da mitologia grega que, para homenagear os deuses, ofereceu-lhes um banquete para o qual cozinhou a carne do próprio filho. Os deuses castigaram seu crime, colocando-o num lugar onde a água e as frutas saíam de seu alcance quando ele tentava alcançá-las. N.T.

média abastada, e o pai de Winnicott, Sir Frederick, foi prefeito de Plymouth. Winnicott tornou-se uma criança adorável e bem-comportada, e saiu-se brilhantemente na escola. Subitamente, decidiu estragar tudo e passou a emporcalhar os seus cadernos. Saiu-se muito mal nas provas daquele ano. Ele estava então com nove anos.

Também foi um ótimo atleta. Foi campeão de corrida de sua escola, e adorava todas as atividades físicas. Apesar de ter dado na última década de sua vida a impressão de ser uma pessoa fisicamente frágil, tinha incansável vitalidade e estava sempre em movimento. Passou a vida "sobre rodas"; no início era a bicicleta, na adolescência a moto, e depois os automóveis. É preciso conhecer esses fatos cotidianos para melhor entender o que o teria levado a fazer o tipo de trabalho clínico que lhe era característico, e a qualidade de sua vasta paciência e de sua postura física séria e serena. Tudo nele era integrado consigo mesmo, não se ausentando nem o sofrimento nem o gosto pela diversão.

O grande mérito de Freud foi o de modificar o *status* do paciente psiquiátrico, tirando-o da condição de curiosidade médica bizarra e tornando-o uma pessoa com o direito e o desejo de se comunicar sobre seus problemas e vê-los compreendidos, e se possível resolvidos. As teorias de Freud procuravam quase exclusivamente decifrar a natureza dos processos mentais e psicológicos envolvidos na formação dos sintomas. Para Freud, a entidade do paciente enquanto pessoa era um fato inquestionável. É preciso admitir que o clima da pesquisa neurofisiológica ao final do século 19 induziu-o a conceituar a psique humana e seu funcionamento com base no modelo da máquina. Suas teorias do aparelho psíquico, da energia (*catexia*) e das estruturas intrapsíquicas, onde ele usou os contornos do ego, do superego e do id, e ainda o esquema topográfico de consciente, pré-consciente e inconsciente evocam a ciência da época. Nenhum desses conceitos perdeu sua validade nos 70 primeiros anos deste século. Mas à medida que novos tipos de experiências clínicas com pacientes que tinham das síndromes frontotípicas aos casos de psicose propriamente dita começaram a se acumular, foi se tornando necessário complementar as hipóteses da psicanálise clássica com uma urgência cada vez maior.

Winnicott é certamente um dos quatro analistas, os outros três sendo Melanie Klein, Heinz Hartmann e Erik Erikson, a fornecer acréscimos conceituais inteiramente novos, que aumentaram não só o alcance quanto a amplitude do quadro conceitual da psicanálise clássica.

Ele era antes de mais nada um pediatra, e que eu saiba foi o único psicanalista a manter, ao longo de toda a sua carreira clínica, consultas terapêuti-

cas em paralelo ao seu trabalho com pacientes adultos. Portanto, é de se esperar que o tema que mais atraía a sua atenção fosse o mistério do relacionamento mãe-criança. Durante um debate na Reunião Científica da British Psycho-Analytical Society, num certo dia de 1940, ele espantou seus colegas com uma declaração:

Não existe isso que chamam de bebê. O que quero dizer, naturalmente, é que sempre que vemos um bebê vemos também um cuidado materno, e sem o cuidado materno não haveria bebê.

Não tenho a intenção de fornecer aqui um relato cronológico de como se desenvolveu a sua teoria do relacionamento mãe-bebê. Em vez disso, gostaria de mencionar suas formulações no trabalho "A Teoria do Relacionamento em Edimburgo", apresentado ao 22º Congresso Internacional de Psicanálise em 1961. Três de suas declarações deixam imediatamente claro o seu ponto de vista:

Na psicanálise que conhecemos não há trauma que esteja fora da onipotência do indivíduo. Em algum momento, tudo acaba sob o controle do ego, tornando-se assim vinculado ao processo secundário. Na infância precocemente, coisas boas e más que acontecem à criança estão na verdade bem fora do seu alcance. (...) De fato, a infância precocemente é o período em que a capacidade de trazer elementos externos para a área de onipotência ainda está em processo de formação. O apoio do ego proporcionado pelos cuidados maternos permite que a criança viva e se desenvolva apesar de não ser ainda capaz de controlar — ou de sentir-se responsável — pelo que há de bom ou de ruim no ambiente. (...) O paradoxo é que o que é bom ou mau no ambiente da criança não consiste numa projeção, mas apesar disso, para que ela cresça e se desenvolva saudavelmente, é necessário que tudo lhe pareça ser uma projeção sua. Encontramos aqui em funcionamento a onipotência e o princípio do prazer como certamente estão nos primeiros tempos da infância. E a esta observação podemos acrescentar que o reconhecimento de um verdadeiro "não-eu" é algo próprio do intelecto: faz parte de uma extrema sofisticação, e pertence à maturidade do indivíduo.

Para Winnicott, o paradoxo da relação mãe-criança reside em que o ambiente (mãe) *faz com que* o eu da criança *se torne* viável. Ele esteve entre os primeiros analistas a apontar para o fato óbvio de que a mãe ama, aprecia e cria o seu bebê, não só no sentido somático do interior do útero, mas também nos

1 Infância precocemente refere-se a criança que ainda não fala. (Do latim *infans*, o que não fala). Foi traduzido por "infância precocemente". Geralmente, o substantivo *infant* foi aqui traduzido por "bebê". N.T.

primeiros tempos em que a criança está encontrando e trazendo para a realidade os seus *dados* específicos inatos e a pessoa em que ela se diferenciara e que se tornara *com o tempo*. Pela definição mesma da tarefa estabelecida pelo próprio Freud, a saber, o entendimento das experiências emocionais, psíquicas e pulsionais conflitivas do paciente adulto, a ênfase foi colocada sobre a ansiedade e sobre todas aquelas manobras defensivas do ego emergente, que inevitavelmente complicarão as crises do desenvolvimento no caminho da idade adulta. Por esta razão, Freud via o ego como batendo-se contra dois tiranos: o desejo proveniente das pulsões e a realidade externa, enviando o seu máximo esforço para ao mesmo tempo servir a ambos e garantir assim o seu próprio crescimento e sua sobrevivência. Winnicott adotou um posto de observação completamente diferente: ele aceitava a *realidade* como uma aliada do processo de maturação em curso na criança, e examinou com uma perspicácia toda especial a natureza das provisões ambientais (maternas) em relação à personalização das potencialidades pulsionais e psíquicas do bebê.

A essência da experiência do bebê reside em sua *dependência* dos cuidados maternos (ambientais). Para Winnicott, o bebê humano "não pode começar a *ser* — salvo em determinadas condições", e ele acreditava que "o potencial herdado de uma criança não pode tornar-se uma criança a não ser sob os cuidados de uma mãe".¹ Seu conceito para a provisão materna nesse estágio da vida é a sustentação. A função da sustentação é natural à mãe, tendo em vista sua Preocupação Materna Primária (Cap. XXIV), e baseia-se mais na empatia materna que na sua capacidade de compreender. Ele classifica a *dependência* da criança na fase da sustentação em três etapas:

- a) *Dependência Absoluta*: Nesse estado, o bebê não tem meios de saber nada sobre o cuidado materno, que em sua maior parte consiste em profilaxia. Ele não tem como exercer controle sobre o que é bom ou mal feito, e pode apenas beneficiar-se ou sofrer perturbações.
- b) *Dependência Relativa*: Agora o bebê pode tomar consciência da importância dos detalhes do cuidado materno, e pode relacioná-los mais e mais a impulsos pessoais, e mais adiante, no tratamento psicanalítico, pode repro-duzi-los na transferência.
- c) *Rumo à Independência*: O bebê desenvolve a capacidade de tolerar a ausência dos cuidados. Isto é alcançado através da acumulação de memórias desses cuidados, da projeção de necessidades e da introjeção de detalhes da atenção materna, junto com o desenvolvimento da confiança no ambiente.

¹ Para evitar confusão, lembre-se que "mãe", aqui, equivale a "figura materna". N.T.

Aqui é necessário acrescentar o elemento do entendimento intelectual com suas tremendas implicações.

Winnicott adicionou a essa forma lação dois conceitos importantes para a compreensão do desenvolvimento inicial da criança. Menciono-os em suas próprias palavras, pois um resumo só levaria ao seu empobrecimento:

Um outro fenômeno que deve ser considerado nessa fase é a ocultação do

cerne da personalidade. Vejamos então o conceito de um eu central ou verdadeiro. Podemos compreender o eu central como sendo o conjunto de potenciais herdados, que vivencia uma continuidade do ser e adquire a seu próprio modo e em sua velocidade específica uma realidade psíquica e um esquema corporal pessoais. É necessário admitir o conceito de um isolamento desse eu central como um aspecto característico da saúde. Qualquer ameaça a esse isolamento do verdadeiro eu provoca uma ansiedade máxima nesse estágio inicial, e as defesas da infância precoce constituem reações ao fracasso da mãe (ou da figura materna) de manter a distância as intrusões que poderiam perturbar esse isolamento.

Dez anos mais tarde, numa carta à sua tradutora francesa, Mme. Jeanne Kalmánovitch, Winnicott deu uma definição da noção de eu:

Para mim o eu, que não é o ego, é a pessoa que eu sou, que somente eu posso ser, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de amadurecimento. Ao mesmo tempo, o eu é constituído de partes, é formado por essas partes. Essas partes aglutinam-se na direção de dentro para fora, no decorrer do processo de amadurecimento, ajudadas, como precisam ser (no início, ao máximo), pelo ambiente humano que sustenta e maneja e facilita as coisas de uma maneira viva. O eu encontra a si mesmo situado naturalmente dentro do corpo mas, em certas circunstâncias, pode vir a dissociar-se do corpo no olhar da mãe e em sua expressão facial, e no espelho, que pode vir a representar o rosto da mãe. Em algum momento o eu chega a um relacionamento significativo entre a criança e a soma das identificações que (depois de uma quantidade suficiente de incorporações e introjeções de representações mentais) tornam-se organizadas na forma de uma realidade psíquica interna viva. O relacionamento entre o menino ou menina com sua própria organização psíquica interna é modificado de acordo com as expectativas demonstradas pelo pai ou pela mãe, ou por aqueles que vierem a tornar-se significativos na convivência da criança com o mundo externo. Do ponto de vista do indivíduo que cresce até aqui, e que prossegue crescendo da dependência e da imaturidade em direção à independência, é o eu, e a vida do eu, que dão sentido ao agir e ao viver, e que constroem a capacidade para a identificação com objetos de amor mais maduros sem perda da identidade individual.

Eu havia discutido anteriormente os conceitos do verdadeiro e do falso eu. Costaria agora de fazer o mesmo com o conceito de *intrusão*, especialmente importante pelo fato de modificar de maneira significativa o conceito clássico de defesa, e também por corrigir a ênfase excessiva da escola kleiniana no papel da ansiedade na primeira infância. Winnicott apresentou sua primeira formulação mais detalhada dos tipos de *intrusão* que uma criança sofre inevitavelmente em seu trabalho "Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade" (Cap. XIV). O primeiro fator importante a chamar a atenção nesse contexto é o de que, para ele, o "organismo humano" — desde o estado fetal até o fim da infância — encontra-se numa situação bastante confortável, criada pelos cuidados ministrados pelo ambiente. Esta, obviamente, é a equação ideal. Da mesma forma, pensa Winnicott, a natureza permitiu que as falhas — que representariam intrusões ao recém-nascido — ocorressem de modo gradual, dentro do *continuo* processo de crescimento e maturação. Mesmo a aparentemente traumática experiência do nascimento acomodada-se no seio da preparação e do amadurecimento que levam o feto a ingressar na categoria de "bebê". Neste sentido, diz Winnicott:

Não é difícil compreender, e Freud já o deixou claro, que a experiência do nascimento nada tem a ver com qualquer tipo de percepção do bebê de que ele está se separando do corpo da mãe. Podemos postular algum tipo de estado mental do feto. Creio ser possível dizer que as coisas estão indo bem se o desenvolvimento pessoal do ego do bebê tiver sofrido tão poucas perturbações quanto seu aspecto físico. Antes do nascimento há certa mente um princípio de desenvolvimento emocional, e é plausível que exista, nessa etapa, a capacidade para uma aceleração falsa e não saudável vel desse desenvolvimento; na saúde, as perturbações que não excedam uma certa intensidade constituem estímulos valiosos, mas para além desse ponto tais perturbações são contraproducentes, porque obrigam a uma reação. Nesse estágio tão precoce do desenvolvimento, não há suficiente força do ego para que ocorra uma reação sem perda da identidade.

Mas a isto ele acrescenta uma observação:

...no processo natural a experiência do nascimento é uma reprodução exacta de algo que o bebê já conhece. Por um certo tempo, durante o parto, o bebê apenas reage e o elemento central é o ambiente; logo depois do nascimento há uma volta ao estado em que o elemento central é o bebê, o que quer que isto signifique. Na saúde o bebê encontra-se preparado, antes de nascer, para alguma intrusão do ambiente, e já teve a experiência de retornar da reação a um estado em que não é necessário reagir, único estado em que o eu pode começar a ser.

Esta é a formulação mais simples que sou capaz de fazer sobre o processo normal do nascimento. Trata-se de uma fase temporária de reação e portanto de perda da identidade; um exemplo de grande magnitude, mas para o qual o bebê já estava preparado, de interferência no "continuar a ser" pessoal, não tão prolongado nem tão poderoso a ponto de cortar o fio do contínuo processo pessoal do bebê.

Portanto, o *nascimento* não é uma intrusão se a "adaptação ativa do ambiente" cumpre sua missão ou, melhor dizendo, não é uma intrusão capaz de interromper o processo de continuar a ser: "no nascimento não traumático a reação à intrusão que o parto representa não-excede aquela para a qual o feto já está preparado".

Inerente ao conceito de intrusão, segundo Winnicott, encontra-se a "necessidade de reagir", porque é esta última que leva, quando persistente, à armaturado para fora de um estado de *ser*." (Ver tb. Winnicott 1972b). A ênfase desse pensamento é:

A fim de preservar no início um modo de vida pessoal, o indivíduo precisa de um *mínimo* de intrusões ambientais causadoras de reações. Todo indivíduo está realmente em busca de um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reação maior do que a que pode ser vivenciada sem perder o sentimento de continuidade de sua existência pessoal. A saúde mental do indivíduo é demarcada pela mãe, a qual, por sua devotção ao bebê, está em condições de adaptar-se ativamente. Isto pressupõe que a mãe esteja basicamente relaxada, e que ela seja capaz de compreender o modo de vida individual do bebê, o que também deriva de sua capacidade de identificar-se com ele. Esse relacionamento entre a mãe e o bebê surge antes de este nascer, e continua em alguns casos durante o nascimento e mesmo depois. Do modo como eu o compreendo, o trauma do nascimento é a ruptura do "continuar a ser" do bebê, e quando tal ruptura é significativa, os detalhes da maneira como a intrusão é sentida, e também da reação do bebê a ela, transformam-se em fatores adversos ao desenvolvimento do ego. Na maioria dos casos, o trauma do nascimento é portanto ligeiramente importante, determinando uma boa parte dos anseios por um renascimento. Em certos casos, porém, tais fatores adversos são tão severos que o indivíduo não tem chance alguma (a não ser pelo renascimento no decorrer da análise) de progredir naturalmente em seu desenvolvimento emocional, mesmo que os fatores externos subsequentes sejam extremamente favoráveis.

De acordo com Winnicott, são as *reações* à intrusão que importam, e não a intrusão propriamente dita. As falhas na adaptação da mãe às necessidades

da criança produzem "fases de reação à intrusão, e tais reações interrompem o 'continuar a ser' da criança. Um excesso de reações produz não uma frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*." Esse tipo de ansiedade, para ele, constitui o verdadeiro problema do paciente no estado de regressão à dependência.

Em seu trabalho "A Agressividade e sua Relação com o Desenvolvimento Emocional" (Cap. XVI), Winnicott analisa toda a questão da *reação à intrusão* em termos da motilidade e das experiências de agressão emergentes, e assinala três padrões encontrados nessas experiências:

Num dos padrões, o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto em razão da motilidade. Aqui, cada experiência no contexto do narcisismo primário enfatiza o fato de que é em seu centro que o indivíduo está se desenvolvendo, sendo o contato com o ambiente uma *experiência do indivíduo* (em seu estado de ego-idade a princípio indiferenciados). No segundo padrão, o ambiente comete uma intrusão, e em vez de uma série de experiências individuais temos uma *série de reações à intrusão*. Nesta situação ocorre um retreinamento para uma situação de repouso, a única que possibilita a existência individual. A motilidade é vivida, nesse contexto, apenas como uma reação à intrusão.

Num terceiro padrão, extremo, tudo isto é exagerado a um tal grau, que não há mais sequer um lugar de repouso onde a experiência da individualidade possa ocorrer, e como resultado temos a falência do estado de narcisismo primário do qual evolui o indivíduo. O "individual", nesse caso, vem a ser uma extensão da casca em vez de uma extensão do cerne, e também uma extensão do ambiente intrusivo. O remanescente do cerne oculta-se inteiramente, e pode não ser encontrado nem mesmo na mais profunda análise. O indivíduo, nesse caso, *existe apenas por não ser encontrado*. O verdadeiro eu fica escondido, e temos então que lidar, clinicamente, com o complicado *falso eu*, cuja função é manter oculto esse eu verdadeiro. O falso eu pode mostrar-se convenientemente sociossintônico, mas a ausência de um verdadeiro eu provoca uma instabilidade que se mostra tão mais evidente quanto mais a sociedade se deixa enganar pela impressão de que o falso eu é verdadeiro. A queixa do paciente é de um sentimento de inutilidade.

Winnicott considerava que o impulso agressivo era o que levava o bebê a descobrir "o objeto *não-eu*, um objeto percebido como externo". Em suas pesquisas, o estudo das reações à intrusão levou à discussão do papel da *ilusão* e do Objeto Transicional. Ele o afirma claramente em seu trabalho "Psicose e Cuidados Maternos" (Cap. XVII). Sem a capacidade de de utilizar a *ilusão*, o bebê não poderia estabelecer contato entre a psique e o ambiente.

Foi desta maneira que Winnicott passou a perceber de que modo a provisão materna inicial, através da ilusão e dos fenômenos transitórios do bebê, vinculava-se ao uso criativo da *herança cultural* pelo adulto. A sua formulação definitiva a esse respeito encontra-se em "A Localização da Experiência Cultural" (1971b).

Solidão e Conhecimento na Localização da Experiência Cultural

No fundo do meu ser continuo convencido de que os meus caros semelhantes — com umas poucas exceções — são um bando de patifes.

Freud a Lou Andreas-Salomé (28.7.1929)

Ah! Fizemos demasiadas suposições sobre o homem atrás da máscara!

St. John Perce: *Ameis*

Freud olhou para o coração do homem e ali viu uma pobre criatura existindo precariamente ao longo do tempo. Ele examinou a única criação do homem, a cultura, e encontrou "mal-estar" e subterfúgios em toda parte (Freud, 1930). Ninguém poderia negar a rude veracidade de suas sentenças. No entanto, em algum lugar haverá algo mais para a vida humana que a mera aceitação da "infelicidade cotidiana" (Freud, 1895) e do mal-estar. Vindo de um meio cultural e religioso diverso, ainda que usando os mesmos instrumentos de pensar que Freud, Winnicott acabou por avaliar de outro modo a situação do indivíduo humano diante da vida. Winnicott diviso precisamente na vulnerabilidade do homem o seu verdadeiro potencial para relacionar-se com o outro a partir da necessidade e do desejo, não meramente visando à gratificação autônoma de impulsos compulsórios do id através da cumulação dos demais. Ele percebeu o mistério e deu-lhe o nome de paradoxo, e tentou defini-lo em vez de resolvê-lo. Foi esta postura que proporcionou ao seu trabalho com crianças suas qualidades únicas de encantamento e surpresa (Winnicott 1971a). É possível dizer que Winnicott era, neste ponto, um discípulo de Montaigne: "O maravilhoso é a fundação da filosofia, a indagação, seu progresso, e a ignorância, seu fim."

No decorrer de sua longa estrada de trabalhos clínicos, Winnicott de- frontou-se com um vasto mostruário do desespero e do sofrimento humanos. Ele nunca foi uma opaca máquina de interpretar. Seu trabalho era uma parte integrante da sua experiência pessoal. Apesar de toda a dor e desesperança por ele sentidas e por ele percebidas em outros, viu o destino do indivíduo humano banhado por uma luz jubilosa. Para ele, a pessoa humana em seu ambiente cultural era um ser viável e criativo. Mesmo que em certos aspectos Winnicott fosse um verdadeiro solitário, era um solitário que *incluía* os

outros, na intenção de incrementar a sua experiência de si mesmo, ao mesmo tempo que enriquecia a vida deles através de seu encontro consigo mesmo. Não admira, pois, que durante os últimos anos de sua vida ele tenha dedicado as duas experiências centrais da vida humana — a solidão e o conhecimento — sua atenção e seus pensamentos mais profundos.

Ao longo dos séculos, sábios, místicos, poetas e filósofos idealizaram o estado isolado e solitário do ser humano nobre, e glorificaram o sofrimento que esta condição implicava. Na cultura ocidental cristã, a imagem mais eloquente dessa postura seria o Cristo na cruz. Winnicott olhou para a solidão do indivíduo humano de um modo inteiramente novo, e sua observação (1958b) a esse respeito é ao mesmo tempo sucinta e certa:

Seria provavelmente acertado dizer que na literatura psicanalítica escrevem-se bem mais sobre o medo de estar só ou sobre o desejo de estar só do que sobre a capacidade de estar só. Estudou-se muito, também, o estado de retraimento, uma organização defensiva vinculada a uma expectativa de perseguição. A mim parece que a discussão sobre os aspectos positivos da solidão há muito tempo se mostra necessária.

Cerca de duzentos anos antes, Jean-Jacques Rousseau, em *Les Rêveries du Promeneur Solitaire* (1776), escreveu uma extasiada apologia de sua rejeição a todos os relacionamentos humanos e à sociedade como um todo, tendo em vista a posse definitiva de seu próprio eu. Em lugar algum encontraremos um exemplo melhor disto que Winnicott chamou de "um estado de retraimento, uma organização defensiva vinculada a uma expectativa de perseguição".

Friedrich Nietzsche, uns cem anos depois de Rousseau, em seu último livro, *Para Além do Bem e do Mal* (1885), tentou formular o caráter do nobre homem solitário, que deseja e escolhe a solidão:

A altivez e a aversão espirituais de todo ser que sofreu profundamente — o *quando* fundamentalmente os homens alcançam sofrer determina o seu lugar na hierarquia — a certeza exultante que totalmente o impregna e inatiza, de que em virtude de seu sofrimento ele *entende mais* até mesmo que o mais sábio e o mais arguto poderiam vir a saber, de que ele é íntimo de, e certa vez esteve à vontade em, tantos mundos distantes e terríveis de que "tu" jamais saberás coisa alguma", essa altivez espiritual silenciosa do sofredor, esse orgulho do eleito do saber, do "iniciado", do quase sacrificado, considero necessários todos os distarces para proteger-se do contato com mãos compassivas e imfortunadas, e em geral contra tudo aquilo que não lhe iguala o sofrimento. O profundo sofrimento enobrece; aparta.

Winnicott nos oferece uma terceira alternativa (1958b):

Ainda que vários tipos de experiência levem à formação da capacidade de estar só, há uma que é básica, e sem uma quantidade suficiente da mesma essa capacidade não surgirá: *a experiência de que falo é a de estar sozinho, enquanto hei o criança pequena, na presença da mãe*. Assim, a base para a capacidade de estar só é um paradoxo: é a experiência de estar só quando outra pessoa está presente.

Desta forma, Winnicott não apenas humaniza a solidão, como lhe atribui uma qualidade *positiva* de relação egóica envolvendo uma outra pessoa. Ele argumenta:

Pessoalmente, gosto de usar o termo *relacionabilidade do ego*, útil porque contrasta claramente com a expressão *relacionamento do id*, que se revela uma frequente complicação do que poderíamos chamar de 'a vida do ego'. A relacionabilidade do ego refere-se a um relacionamento entre duas pessoas, uma das quais, seja como for, está sozinho; talvez ambas estejam sozinhas, mas a presença de uma é importante para a outra. Considero que se compararmos o significado da palavra 'gostar' com o da palavra 'amar', veremos que o gostar refere-se à relacionabilidade do ego, enquanto o amar está mais ligado ao relacionamento do id, em sua forma bruta ou em sua expressão sublimada. O ponto central de minha proposição é o de que devemos poder falar de um estado de estar verdadeiramente só e uma sofisticação, essa capacidade tem sua base na experiência de estar só na presença de alguém. Estar só na presença de alguém é algo que pode ocorrer muito cedo, quando a *imaturidade do ego é naturalmente contrabalançada pelo suporte do ego* proporcionado pela mãe. Com o tempo, o indivíduo introjeta a mãe que apóia o ego, e desta forma torna-se capaz de estar só sem recorrer frequentemente à mãe ou a um símbolo materno.

Winnicott considerava a relacionabilidade do ego como 'a matéria de que é feita a amizade. E talvez descobramos que ali está a *matriz da transferência*'. Ele conclui, dizendo:

Creio que todos concordarão com a ideia de que o impulso do id só é significativo quando contido numa vivência do ego. Um impulso do id ou dilacera o ego fraco, ou fortalece o ego forte. É possível dizer que o *relacionamento do id fortalece o ego quando ocorre no contexto de uma relacionabilidade do ego*. Se esta proposição for aceita, seguir-se-á a compreensão quanto à importância da capacidade de estar só. Apenas quando está só (isto é, na presença de alguém), é que o bebê pode descobrir-se vivo de um modo pessoal. A alternativa patológica é uma vida falsa constituída por reações a estímulos

externos.¹ Quando só — no sentido que estou usando aqui — e somente quando só, o bebê pode fazer o que num adulto seria chamado de *relaxar*. O bebê pode então ficar não-integrado, abandonando a esmo pernas e braços, num estado em que não há orientação alguma; pode existir por algum tempo sem, por um lado, reagir a intrusões externas nem, por outro, ser uma pessoa ativa com interesses ou movimentos dirigidos para algo. O palco está armado para uma experiência do id. Em algum momento surgirá um impulso ou uma sensação. Nesse contexto, a sensação ou o impulso serão sentidos como reais, e constituirão uma vivência verdadeiramente pessoal.

O *climax* da relacionabilidade do ego é o orgasmo do ego. Este é um conceito novo introduzido por Winnicott, igualando o orgasmo do ego ao êxtase. Ele contrasta o orgasmo do ego com o 'orgasmo físico produzido por uma excitação local'. Assim, Winnicott distingue entre relacionabilidade e orgasmo do ego, por um lado, e relacionamento do id e orgasmo relativo à pulsão, por outro. Essa distinção está destinada a revelar-se de grande importância para o nosso trabalho clínico. É somente dentro do quadro de referências teóricas da relacionabilidade do ego, que 'diz respeito ao relacionamento entre duas pessoas, uma das quais, seja como for, está só', que se pode discutir o conceito winnicottiano da capacidade para o *concernimento*.

Desde o trabalho de Freud "Luto e Melancolia" (1917) e das importantes pesquisas de Abraham (1924) sobre os estados depressivos e melancólicos, a função da culpa (inconsciente) veio sendo percebida como crucial para a etiologia dos distúrbios emocionais e da personalidade. Tal ideia foi aprofundada e levada ao seu ponto máximo pelas pesquisas de Melanie Klein (1935, 1957).

Winnicott formou-se na tradição teórica kleiniana, mas à medida que sua própria experiência clínica crescia em consistência e ganhava impulso, começou a questionar a ênfase absoluta que Klein dava ao papel da culpa no desenvolvimento emocional inicial, conforme fica claro em seus dois trabalhos "A Psicanálise e o Sentimento de Culpa" (1958a) e "Meu Ponto de Vista Pessoal sobre a Contribuição Kleiniana" (1962). Logo depois foi-lhe possível apresentar o seu próprio pensamento no trabalho "A Capacidade para o Concernimento" (1963c). Este trabalho é crucial não apenas para compreendermos o pensamento winnicottiano em sua maturidade, mas também para melhor avaliarmos a direção tomada pela pesquisa psicanalítica contemporânea.

¹ É interessante notar como isto é radicalmente diverso da perspectiva behaviorista. N.T.

Com sua costureira clareza um tanto abrupta, Winnicott formula o seu ponto de vista:

O termo 'concernimento' é utilizado para dar conta, de um modo positivo, do fenômeno que é abarcado negativamente pela palavra 'culpa'. O sentimento de culpa implica em ansiedade vinculada à idéia de ambivalência, e envolve um grau de integração do ego capaz de reter uma imagem do objeto bom, juntamente com a idéia de sua destruição. O concernimento implica numa integração maior e num crescimento maior, e relaciona-se de um modo positivo a um sentimento de responsabilidade, tendo especialmente em conta relacionamentos em que os impulsos do id passaram a formar parte.

O concernimento refere-se ao fato de que o indivíduo *se importa*, ou *se preocupa*, e tanto sente quanto aceita a responsabilidade.

Para Winnicott, a capacidade para o concernimento emerge antes que a situação triangular do Edipo tenha se tornado possível para a criança. Ele acredita que a capacidade para o concernimento é 'uma questão de saúde', e resulta de um cuidado suficientemente bom dispensado ao bebê. Além do mais, ele implica 'num ego que começa a se tornar independente do ego auxiliar da mãe'. Neste ponto Winnicott introduz uma importante diferença na experiência total do bebê ora com a 'mãe objeto', ora com a 'mãe ambiente':

É útil postularmos a existência, para a criança imatura, de duas mães — e eu gostaria de chamá-las de 'mãe objeto' e 'mãe ambiente'. Não tenho intenção alguma de inventar nomes que venham a se transformar em rótulos e tendam a obstruir e a tornar-se rígidos, mas é perfeitamente possível utilizar esses nomes aqui para descrever a enorme diferença que existe, para a criança, entre dois aspectos do cuidado materno, a mãe enquanto objeto, dona do objeto parcial que irá satisfazer a necessidade urgente do bebê, e a mãe enquanto pessoa, que o defende do imprevisível e que ativamente cuida dele, realizando do com ele e para ele os vários aspectos desse cuidar. O que o bebê faz da mãe no auge de uma tensão do id, o uso que ele faz desse objeto nesse momento, parece-me inteiramente diverso do uso que ele faz da mãe enquanto parte do ambiente total.

Proseguindo nesta mesma linguagem, é a mãe ambiente que recebe tudo aquilo que podemos chamar de ateição e coexistência sensorial. É a mãe objeto é aquela que serve de alvo para a experiência excitada baseada numa crua tensão instintiva. Meu ponto de vista é de que o concernimento surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada no momento em que na sua mente a mãe objeto e a mãe ambiente juntam-se uma à outra.

A importância desse pronunciamento para a nossa capacidade de avaliar clinicamente a maneira de o paciente relacionar-se conosco na transferência é

definitivamente enorme. Mas voltemos à reflexão de Winnicott, que chega ao seu climax logo a seguir:

Em circunstâncias favoráveis surge uma técnica para resolver essa complexa forma de ambivalência. O bebê sente ansiedade porque, se ele consome a mãe, ficará sem ela. Mas essa ansiedade é modificada pelo fato de que agora ele tem uma contribuição a fazer para a mãe ambiente. Existe já uma crescente confiança de que haverá a possibilidade de contribuir, de dar algo à mãe ambiente, confiança essa que leva o bebê a poder suportar a ansiedade. A ansiedade suportada dessa forma é alterada em sua qualidade e se transforma num sentimento de culpa. Impulsos do id provocam um uso *impiedoso* dos objetos, e em seguida há um sentimento de culpa que é suportado, e que é tranquilizado pela contribuição à mãe ambiente que o bebê poderá fazer no curso das próximas horas. Por outro lado, a oportunidade de dar e de fazer reparações, oferecida pela mãe ambiente por sua presença confiável, possibilita ao bebê tornar-se mais e mais rude na experiência dos impulsos do id. Em outras palavras, libera a vida instintiva do bebê. Desta forma, a culpa não é sentida, mas permanece adormecida, ou em potência, e aparece (como tristeza ou como um estado de espírito depressivo) somente se a reparação deixar de ocorrer.

Quando a confiança nesse ciclo benigno e na expectativa da possibilidade de reparação se solidifica, o sentimento de culpa em relação aos impulsos do id é modificado novamente, e nesse momento passamos a necessitar de um termo mais positivo, como por exemplo 'concernimento'. O bebê está agora em condições de sentir concernimento, de assumir a responsabilidade por seus próprios impulsos instintivos e pelas funções que a eles pertencem. Esse processo fornece um dos elementos construtivos mais fundamentais para o brincar e para o trabalho. Mas no que se refere ao processo de desenvolvimento, foi a oportunidade para contribuir que trouxe o concernimento para dentro das possibilidades do bebê.

O círculo se completa. O bebê que é cuidado pode agora cuidar e sentir concernimento. Este é o início da existência em seu sentido mais amplo — a do homem na cultura humana, vivendo e compartilhando sua vida com outros, na reciprocidade das ambições pessoais e no concernimento em relação aos demais. Gostaria de inserir aqui, rapidamente, o pensamento de Winnicott em relação à adolescência, pois é a adolescência que faz a ponte entre a criança cuidada por sua família e o adulto na sociedade. Em seu trabalho "Adolescência: A Batalha Contra o Mau Humor" ("Adolescence: Struggling through the Doldrums") (1971d) escreve ele:

... se é para o adolescente atravessar esse estágio do desenvolvimento por meios naturais, teremos que esperar por um certo fenômeno que chamaria-

mos de 'mau humor da adolescência'. A sociedade precisa incluir tal coisa entre os seus aspectos permanentes e tolerá-la, sem tentar curá-la.

Assim, chegamos ao que seria o 'testamento psicanalítico' de Winnicott — "A Localização da Experiência Cultural" (1967, [1971b]). Faço uma citação de sua tese central:

1. O lugar onde se localiza a experiência cultural é o *espaco potencial* entre o indivíduo e o ambiente (originalmente, o objeto). O mesmo pode ser dito do brincar. A experiência cultural inicia-se com o viver criativo, que se manifesta em primeiro lugar no brincar.
2. Para cada indivíduo, o uso desse espaço é determinado pela *experiência de vida* que ocorre nos primeiros estágios após o seu nascimento.
3. Desde o início o bebê vive experiências de intensidade máxima no *espaco potencial* entre o objeto subjetivo e o objeto percebido objetivamente, entre as extensões do eu e o não-eu. Esse espaço potencial situa-se no interior do ego entre o 'não existe nada além de mim' e o 'existem objetos e fenômenos fora do meu controle onipotente'.

4. Cada bebê tem ali as suas próprias experiências, favoráveis ou não. A dependência é máxima. O espaço potencial ocorre apenas *em relação a sentimentos de confiança* vinculados à dependabilidade da figura materna e dos componentes do meio ambiente, confiança essa que é a evidência de que a dependabilidade está sendo introyetada.
5. A fim de estudar o brincar e posteriormente a vida cultural do indivíduo, é necessário estudar o destino do espaço potencial entre cada bebê e a figura materna humana (e portanto falível), essencialmente adaptável (ao bebê) em decorrência do amor.

Verificar-se-á que se esta área deve ser considerada parte da organização egóica, ela se revela uma parte do ego que não pertence ao ego corporal, ou melhor, que não surge a partir dos padrões de *funcionamento* do ego, e sim a partir das *experiências* do ego. Tais experiências pertencem a um tipo de relacionamento objetivo não orgânico, que poderia também ser chamado de relacionabilidade do ego, naquela região onde se poderia dizer que a *consciência* está sendo substituída pela contigüidade.

Assim, sem muito alarde, Winnicott amplia o conceito dos "fenômenos transicionais" da primeira infância para incluir o "espaco potencial" da vida adulta no interior da cultura.

Próximo ao fim de sua vida, Winnicott passou a interessar-se mais e mais por compreender não apenas aquilo que leva os humanos a adoeecer, mas aquilo que os leva a nutrir-se ao cuidarem uns dos outros em meio à *herança cultural*.

Creio que jamais encontrarei outro alguém que com ele se pareça.

Referências

- Abraham, K. (1924). "A Short Study of the Development of the Libido in the Light of Mental Disorders", in *Collected Papers of Psycho-Analysis* (Londres: Hogarth Press).
- Erikson, E. H. (1950/63). *Childhood and Society* (Nova York: Norton; Londres: Hogarth Press).
- Freud, A. (1946). *The Psycho-Analytical Treatment of Children* (Londres: Imago/Hogarth Press; Nova York: International Universities Press).
- Freud, S. (1895). "Studies on hysteria", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 2 (Londres: Hogarth Press).
- (1917). "Mourning and Melancholia", in *Standard Edition*, vol. 14.
- (1921). "Beyond the Pleasure Principle", in *Standard Edition*, vol. 18.
- (1923). "The Ego and the Id", in *Standard Edition*, vol. 19.
- (1926). "Inhibitions, Symptoms and Anxiety", in *Standard Edition*, vol. 20.
- (1930). "Civilization and its Discontents", in *Standard Edition*, vol. 21.
- Glover, E. (1968). *The Birth and the Ego* (Londres: Allen & Unwin).
- Hartmann, H. (1958). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (Londres: Imago/Hogarth Press; Nova York: International Universities Press).
- Klein, M. (1935). "A Contribution to the Psychogenesis of Maniac Depressive States", in *Contributions* (1948).
- (1948). *Contributions to Psycho-Analysis* (Londres: Hogarth Press).
- (1957). *Envy and Gratitude* (Londres: Tavistock Publications).
- Millner, M. (1969). *The Hands of the Living God* (Londres: Hogarth Press; Nova York: International Universities Press).
- Nietzsche, F. (1969). *Selected Letters of Friedrich Nietzsche*, editado por C. Middleton (Chicago: The University of Chicago Press).
- Shah, I. (1970). *The Wisdom of the Idiots* (Londres: Octagon Press).
- Smittorf, V. (1971). *The Scope of Child Analysis* (Londres: Routledge & Kegan Paul).
- Trilling, L. (1955). *Freud and the Crisis of our Culture* (Boston: The Beacon Press).
- Winnicott, D. W. (1931). *Clinical Notes on Disorders of Childhood* (Londres: William Heinemann).
- (1951). "Transitional Objects and Transitional Phenomena", in *Playing and Reality* (1971b).
- (1958a). "Psycho-Analysis and the Sense of Guilt", in *Maturational Processes* (1965).
- (1958b). "The Capacity to be Alone", in *Maturational Processes* (1965).
- (1959 [1964]). "Classification" in *Maturational Processes* (1965).
- (1960). "Ego Distortion in Terms of True and False Ego", in *Maturational Processes* (1965).

- (1961). "The Theory of the Parent-Infant Relationship", in *Maturational Processes* (1965).
- (1962). "A Personal View of the Kleinian Contribution", in *Maturational Processes* (1965).
- (1963a). "Psychotherapy of the Character Disorders", in *Maturational Processes* (1965).
- (1963b). "Dependence in Infant-Care, in Child-Care, and in the Psycho-Analytic Context", in *Maturational Processes* (1965).
- (1963c). "The Development of the Capacity for Concern", in *Maturational Processes* (1965).
- (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (Londres: Hogarth Press; Nova York: International Universities Press).
- (1969). "The Use of an Object and Relating Through Identification", in *Playing and Reality* (1971b).
- (1970). "The Mother-Infant Experience of Mutuality", in *Parenthood: its Psychology and Psychopathology*, editado por E. James Anthony e Therese Benedek (Boston: Little Brown).
- (1971a). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (Londres: Hogarth Press; Nova York: Basic Books).
- (1971b). *Playing and Reality* (Londres: Tavistock Publications; Nova York: Basic Books).
- (1971c). "Letter to Mme. Jeannine Kalmanovitch", in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, vol. 3.
- (1971d). "Adolescence: Struggling through the Doldrums", in *Adolescent Psychiatry*, vol. 1. Editado por Sherman C. Feinstein, Peter Giovacchini e Arthur A. Miller (Nova York: Basic Books).
- (1972a). "Basis for Eu in Body", *International Journal of Child Psychotherapy*, vol. 1, n° 1.
- (1972b). "Mother's Madness Appearing in the Clinical Material as an Ego-Allen Factor", in *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, editado por Peter L. Giovacchini (Londres: Hogarth Press; Nova York: Science House).
- (1972c). "Fragment of an Analysis", in *Tactics and Techniques* (ver 1972b).
- (1973). "Delinquency as a Sign of Hope", in *Adolescent Psychiatry*, vol. II, editado por Sherman C. Feinstein e Peter Giovacchini (Nova York: Basic Books).
- (1974). "Fear of Breakdown", *International Review of Psycho-Analysis*, vol. 1.

Nota sobre Normalidade e Ansiedade

(1931)

AO MEDIRMOS o peso de um grande número de crianças, facilmente chegamos a perceber qual o peso médio para cada idade. Da mesma forma é possível encontrar a média para cada uma das outras medidas do desenvolvimento, e o teste da normalidade consiste em comparar as medidas de uma criança com a média.

Tais comparações podem nos fornecer informações muito interessantes, mas há uma complicação que pode surgir e atrapalhar o cálculo — uma complicação raramente mencionada na literatura pediátrica.

Mesmo que de um ponto de vista puramente físico qualquer desvio da saúde possa ser considerado anormal, não é necessariamente verdade que a diminuição física da saúde devida à pressão e à tensão emocionais indique uma anormalidade. Tal ponto de vista um tanto alarmante exige uma elucidação.

Tomando um exemplo bastante grosseiro, é bem comum que uma criança de dois ou três anos fique muito transtornada quando nasce um irmão ou uma irmã. A medida que avança a gravidez da mãe, ou quando surge o recém-nascido, uma criança que até aqui era robusta e não tinha motivo algum para sentir-se mal se torna infeliz e temporariamente magra e pálida, e passa a apresentar outros sintomas, tais como enurese, irritabilidade, náusea, constipação ou congestão nasal. Se uma doença física ocorrer nessa época — por exemplo uma pneumonia, coqueluche ou gastroenterite — é possível que a convalescença se prolongue anormalmente.

Joan, com dois anos e cinco meses, era filha única até treze meses atrás, quando nasceu seu irmão.

Joan tinha uma saúde perfeita até esse momento. Dali em diante ficou muito enciumada. Perdeu o apetite e consequentemente emagreceu. Quando passou uma semana sem ser forçada a comer, ela não comeu praticamente nada e perdeu peso. Desde então está assim, anda muito irritadíssima, e sua mãe não pode deixá-la sem provocar nela um ataque de ansiedade. Ela não fala com ninguém, e à noite acorda gritando até quatro vezes por noite — não sendo muito claro o conteúdo de seus sonhos ("Quer gatinho", etc.).

Ela belisca e até morde o bebê, e não o deixa brincar com nada. Não permite que ninguém fale sobre o bebê, franze o cenho e por fim interfere. Levada a um centro de assistência social, ficou muito angustiada e, não tendo a quem morder, morde a si mesma, e ao fim de três dias tiveram que levá-la de volta para casa.

Tem medo de animais.

"Quando vê o menino no quarto, começa a ofegar até ficar enjoada". Se alguém lhe dá chocolate, ela coloca na boca e deixa-o lá até chegar em casa, e então cospe tudo de volta.

Quase sempre prefere homens a mulheres.

Os pais são pessoas excepcionalmente boas, e ela é uma criança perfeitamente saudável e agradável.

Bem, no caso de não ter nascido um novo bebê, com tudo o que isto significa para a criança, Joan teria continuado a ter uma ótima saúde, mas o valor de sua personalidade teria de algum modo diminuído, pois ela teria perdido uma experiência real na idade adequada. Este caso justifica a afirmação de que as vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem.

Um médico que não compreende os processos subjacentes a um mal-estar desse tipo pensaria num diagnóstico e trataria a doença como se fosse causada por fatores orgânicos. Um médico que compreenda algo de psicologia perceberia as causas subjacentes da doença, e tomaria providências para ajudar a paciente; por exemplo, ele daria instruções aos pais para não a tratarem de modo diferente depois da chegada do bebê, ou mandaria a criança para passar uns dias na casa de uma tia, ou aconselharia os pais a darem à criança um animal de estimação. Como medida profilática, ele aconselharia os pais a responder sem medo às perguntas da criança sobre de onde vêm os bebês, e a agir de modo geral sem ansiedade.

É possível ir adiante e dizer que um médico ainda mais familiarizado com a psicologia iria contentar-se em manter o caso em observação e não fazer nada, a não ser colocar-se como amigo. Pois ele saberia que a experiência da frustração, do desaparecimento, da perda do que é amado, com a percepção da própria desimportância e fraqueza fazem parte da criação dos filhos, e, com certeza, o objetivo mais importante da educação deveria ser o de tor-

nar a criança capaz de enfrentar a vida sem ajuda. Mais ainda, as forças em ação no comportamento tanto dos pais quanto da criança estão de tal modo ocultas, com suas fundações tão mergulhadas no inconsciente, que as tentativas intelectuais de modificar a situação parecer-se-ão com as iniciais de alguém arranhadas na coluna de uma catedral — consigam apenas refletir a pretensão do artista.

A fim de ilustrar esse "mal-estar normal" apresentei um exemplo bem óbvio, desses que podem ser observados em qualquer consultório onde sejam atendidas crianças desde o nascimento até a idade escolar. Mas esta situação emocional específica tem apenas uma certa frequência, enquanto que toda criança vivencia situações similares, ou mesmo mais perturbadoras, situações emocionais internas e externas que ela deve atravessar e descobrir meios de lidar com elas, modificá-las ou tolerá-las. Quando não ocorrem situações reais, as situações imaginadas sempre existem — e de fato são estas muitas vezes as mais poderosas — e não é necessariamente normal a criança que passa os primeiros anos de sua vida sem dar mostras, no retardo do desenvolvimento físico ou nas complicações de sua saúde física, da existência de conflitos emocionais.

Esse aspecto da formação de sintomas permite ao observador capturar um vislumbre das causas de um número enorme de doenças infantis, e em todo trabalho de pediatria clínica o papel da ansiedade deveria ser discutido com muita frequência. Tal modo de perceber os desvios da normalidade traz a vantagem de não violar qualquer princípio biológico. Se a enurese é entendida como um distúrbio da glândula tireóide ou pituitária, permanece a questão dos motivos pelos quais essas glândulas são afetadas com tanta frequência desta maneira. Se o vômito recorrente é explicado por meio da bioquímica, fica faltando perguntar: que motivos levam esse equilíbrio bioquímico a sofrer tais perturbações, quando sabemos que, ao que tudo indica, os tecidos vivos tendem à estabilidade? O mesmo argumento pode ser aplicado à teoria toxêmica do cansaço, à teoria glicogênica do nervosismo, e à teoria de que a gagueira é devida a um controle deficiente da respiração. Todas essas teorias levam a um beco sem saída.

A teoria que explica tais sintomas conferindo ao conflito emocional o respeito que lhe é devido mostra-se não somente comprovável nos casos individuais, como ainda é biologicamente mais satisfatória. Tais sintomas são tipicamente humanos, e a grande diferença entre o ser humano e os outros mamíferos é, talvez, a tentativa muito mais complicada do primário de levar os instintos a obedecer, em vez de governar. É nesta tentativa que devemos

buscar as causas de tais doenças, tão comuns na espécie humana e prática-mente ausentes no reino animal.

Se o desenvolvimento normal leva frequentemente a uma perturbação da saúde física, com certeza um conflito inconsciente de intensidade anormal produziria distúrbios físicos ainda mais graves.

Apesar de ser possível admitir que um mau estado de saúde pode ser normal, é legítimo, por outro lado, utilizar a perturbação da saúde física como um indicador de que a saúde psicológica vai mal, e dizer que as dificuldades de uma criança tornaram-se patologicamente intensas quando seu estado físico apresenta tais problemas que, direta ou indiretamente, a saúde — ou mesmo a própria vida — sofrem uma ameaça mais do que apenas tempo-

ria. Ao mesmo tempo, é necessário relembrar ao médico que esta cuidando de uma criança com a saúde abalada por dificuldades no desenvolvimento emocional, que ele deveria estar sempre atento para a ocorrência de doenças físicas, não só porque algumas delas — por exemplo a encefalite, a coreia, etc. — podem coexistir com e mesmo provocar a ansiedade, mas também porque a debilidade física constante, mesmo devida a fatores emocionais, sem dúvida predispõe a criança a contrair doenças tais como a tuberculose ou a pneumonia, por diminuir a resistência geral. Por esta razão, a medicina clínica sofre uma complicação, mas na infância podem ser elucidadas complicações que na idade adulta mostram-se iam irremediavelmente intrincadas.

Ansiedade

A ansiedade é normal na infância. A história de quase qualquer criança poderia servir de ilustração para alguma forma de ansiedade.

Caso

Em meu consultório no hospital entra uma mãe carregando um bebê (menino) de dois meses e trazendo pela mão uma menina de dois anos. A menina parecia assustada, e disse bem alto: "Ele não vai cortar a garganta dele, vai?" Ela temia que eu fosse cortar a garganta do bebê.

O menininho tinha uma ulceração no palato mole, e numa outra ocasião eu havia dito à mãe que ela não devia dar-lhe a chupeta, porque a constante fricção da borracha contra o palato mole estava obviamente impedindo que a ulceração se curasse. Acontece que a mãe já tinha anteriormente brigado contra o apego da menina à chupeta, e certa vez a ameaçou: "Eu vou cortar a sua garganta se você não

parar com isso." A menininha chegou à conclusão lógica de que eu estava com muita vontade de cortar a garganta do bebê.

É preciso levar em conta que se tratava de uma menina saudável, e que seus pais eram gente muito boa e normal, ainda que pobres e de baixa escolaridade.

Por alguns momentos minha atitude óbvia de boas intenções conseguiu tranquilizá-la, mas em seguida o medo voltou a se manifestar: "Ele não vai cortar a garganta dele, vai?" "Não, mas vai cortar a sua se você não ficar quieta", disse a mãe, exasperada.

Essa nova luz sobre a situação não pareceu afetar a menina, mas em menos de um minuto ela disse: "Quero pipi", e teve que ser levada correndo ao banheiro.

Esse episódio pode ser utilizado para ilustrar a ansiedade cotidiana das crianças.

Superficialmente, aparece o amor da menina pelo irmãozinho, a esperança de que ele não seja machucado, e um pedido de reassseguramento pela mãe. Mas profundamente encontra-se o desejo de machucar, devido ao ciúme inconsciente acompanhado do medo de ser ferida da mesma maneira, re-presentado na consciência pela ansiedade. Isto não apareceu em nenhum estado mental manifesto mas num sintoma físico, ou seja, num desejo urgente de urinar.

O caso seguinte, representativo de inúmeros outros, ilustra a emergência da ansiedade sem qualquer causa aparente:

Lilian, de dois anos e meio, vem para ser examinada porque há um mês acordou gritando, e desde então tem estado muito nervosa. É filha única.

Seu parto foi normal e natural. Foi amamentada ao seio até os quatro meses, passando para a mamadeira porque a mãe teve um abcesso no seio. Depois disso desenvolveu-se ainda melhor, tendo sido um pouco rabugenta quando mamava no seio.

Desenvolveu-se normalmente, e era uma criança feliz. Dormia tão bem em seu berço ao lado da cama dos pais que estes se congratulavam. Sempre teve o melhor relacionamento possível com ambos.

Então, subitamente, sem qualquer mudança perceptível no ambiente, acordou um dia às seis da manhã, aterrorizada, e disse: "Não tem bicicletas neste quarto", e desde então tornou-se uma criança diferente. À noite ela exige que a grade do berço seja abaixada para poder ficar perto da mãe; na verdade, várias vezes ela teve que ser levada para a cama dos pais, por estar apavorada. Durante o dia ela está sempre assustada, não sai de perto da mãe, seguindo-a por todo lado, mesmo quando ela desce para buscar água. Em vez de continuar contente com ela mesma, agora se cansa rapidamente de tudo, perdendo o interesse nos brinquedos um após o outro. Seu apetite, agora novamente bom, esteve muito ruim por vários dias.

Fica sempre se escarafunhando, anda agitada e irritável. Não há sinais de doença física. As funções excretórias estão normais.

Entre o primeiro e o quinto ano de vida que são lançadas as fundações da saúde mental, e é nesse período que devemos buscar também o núcleo da psicose.

A importância dos sentimentos nos primeiros anos pode ser comprovada no processo psicanalítico de qualquer pessoa, e é ilustrada (como mostram Freud e outros) em todas as formas de arte, no folclore e na religião.

O conhecimento dos detalhes dos desejos e conflitos inconscientes é de pouco ou nenhum valor clínico, a não ser no tratamento psicanalítico propriamente dito. Mas é muitas vezes importante tomar consciência da intensidade das pressões e tensões emocionais mesmo no desenvolvimento normal, de modo a tornar-se possível atribuir à ansiedade o valor que lhe é devido nas doenças físicas e nos comportamentos anormais.

Quando uma criança atinge os quatro ou cinco anos, os medos e desejos associados à sua posição em relação aos pais ou seus substitutos tornam-se menos intensos, voltando a reintensificar-se na adolescência.

Por volta dos dez ou onze anos, a criança inicia uma nova etapa de desenvolvimento de acordo com os padrões de evolução emocional construídos na infância precoce, mas agora em conjunto com o desenvolvimento físico dos órgãos genitais, e também com a capacidade que virá no devido tempo de realizar concretamente o que em criança só podia realizar na fantasia e no brincar.

O pediatra, a professora e o pastor têm excelentes oportunidades de observar o sucesso ou o fracasso das crianças nessa grande batalha inicial e, se não concordarem em reconhecer o poder das forças em jogo, não conseguirão compreender as manifestações do fracasso em atingir os ideais, seja em termos de saúde, de aprendizagem ou no terreno da moral.

O caso seguinte ilustra um tipo comum de situação em que os sintomas resultam aparentemente de uma transformação no ambiente:

Verônica era um bebê normal até que, por volta de um ano e cinco meses de idade, sua mãe foi para o hospital e permaneceu lá por cerca de um mês. A mãe já está há um mês em casa, e traz a criança para ser examinada porque ela não está bem, come muito pouco, vomita depois de comer e está muito nervosa.

Enquanto a mãe esteve no hospital, uma amiga solteira, de 43 anos, cuidou da criança. Parecia uma mulher bem comum, mas supõe-se que tratava a criança com uma certa crueldade. Por exemplo, havia sempre uma correia sobre a mesa, como uma ameaça permanente à criança. A correia seria usada caso a criança não co-

messe. Os vizinhos contavam que a criança berrava, recusando a comida em reação à aparente perda de sua mãe. Mas a mulher também gostava da menina.

Enquanto Verônica esteve com essa mulher, foi ficando cada vez mais nervosa. Por exemplo, seu pai notou que ela parecia ter medo de ir para os seus braços, o que nunca acontecera antes. Quando a mãe voltou para casa, tentou desfazer o mal que havia sido feito, mas teve êxito apenas parcial. Levou algum tempo até que a menina aceitasse o colo do pai sem medo e voltasse a brincar sozinha com prazer (ela é filha única, tendo uma outra mortida alguns anos antes).

Fora a falta de apetite, razão de sua consulta, há também dificuldades com as funções excretórias. Enquanto anteriormente a micção havia sido normal, agora ocorre uma urgência e uma frequência maiores durante o dia, e enurese especial-mente à noite. Surgiu também uma constipação persistente.

Na segunda visita a mãe conta que a criança sente dor ao urinar, e que por três dias recusou-se a defecar. A urina não apresenta infecção e está normal.

A mãe explica também que qualquer tentativa de lavar a região perineal provocava pânico, pelo fato de que aquela mulher costumava enfiar o dedo no ânus da menina para fazê-la evacuar. "Nem tente mostrar a ela um pote de vaselina"...

O sono antes era normal. Agora a menina acorda à noite com frequência, chamando a mãe.

O trauma real, porém, não traz necessariamente efeitos adversos, como se pode ver na situação seguinte. O que provoca as consequências negativas do trauma é o fato de que ele corresponde a uma punição que já havia sido fantasiada.

Helena, com um ano e três meses, é trazida à consulta por causa de uma tosse. Percebo uma cicatriz no pescoço e recebo a seguinte explicação:

Quando tinha cerca de um ano, seu irmão, com dois, aproveitou um descuido da mãe para esquentar um ferro na lareira e encostá-lo na garganta da irmã, logo abaixo da cartilagem tireoideiana. Ele o fez por pura malade. Em geral, é um menino inteligente e alegre, embora seja capaz de responder às ameaças da mãe com um "cala a boca".

O bebê não chorou muito. Foi levado a uma enfermaria, onde permaneceu por seis semanas.

A criança parece ter sofrido um efeito muito ligeiro com essa experiência. Não há sintoma relacionado ao incidente. Ela parece feliz e tranquila, e não dá sinais de ansiedade excessiva quando o mesmo irmão arranca um brinquedo de sua mão, ou tenta provocá-la enquanto conversa com sua mãe.

Neste caso aconteceu de o ferro quente em sua garganta não corresponder a nada que a menina já tivesse em mente. Por isso, não se nota qualquer efeito negativo posterior. Ainda assim, quando a menina alcançar um estágio mais avançado de desenvolvimento emocional, a ansiedade poderá surgir retroativamente em re-

O material que acabou surgindo no decorrer dessa pesquisa superficial tinha a ver com o lugar de onde vêm os bebês, e com as questões da concepção e do coito. Posso imaginar dois críticos à minha frente, um dizendo que uma menina mentalmente saudável de dez anos não pensa nessas coisas, e outro dizendo que qualquer menina de dez anos já teria conseguido sozinho pelo menos as informações básicas a esse respeito. Na verdade, ainda que ao vir me ver pela primeira vez ela se mostrasse incrivelmente ignorante sobre esses assuntos, à medida que sua desconfinança diminuía ela foi descobrindo muita coisa sozinha, sem a minha interferência. Sua observação de animais lhe deu todas as informações de que precisava, mas ela nunca as aceitou, preferindo acreditar em repolhos e coisas desse tipo.

Tomando-se capaz de aceitar a verdade, ela foi se lembrando de coisas que já havia visto, e ao mesmo tempo os sintomas surgidos com o comentário da amiga foram desaparecendo. Ela voltou a se mostrar capaz de reagir a insultos, tornou-se novamente uma boa aluna, passou a representar os seus números cômicos como antes, e os fatos da vida familiar complicada deixaram de ter importância, a ponto de ela não mais prestar-lhes atenção.

É possível que o tabu da sexualidade mantido pelos pais tenha sido um fator importante na sua doença, mais importante que as complicações de sua vida familiar. Encontrando minha atitude relativa às questões sexuais, relativamente desistida de ansiedade, ela se tornou capaz de lidar com o material que já existia em sua memória. Melhor dizendo, o que a menina precisava, e recebeu, era orientação sexual; mas eu não a orientei diretamente, apenas forneci o quadro-negro em que ela desenhou as suas próprias observações. Isto não teria ocorrido em tão pouco tempo, fosse ela uma criança realmente neurótica.

Sintomas físicos de ansiedade

Já foi observado que a ansiedade frequentemente provoca ou é acompanhada de sintomas físicos. É comum os pais trazerem a criança para ser examinada por causa de tais sintomas, por exemplo, a micção excessiva ou muito urgente, ou uma urgência extrema em defecar, sintomas que aparecem muitas vezes nesses casos. Se a situação emocional não é pesquisada, essas crianças serão diagnosticadas como tendo uma infecção do trato urinário, ou vermes etc.

Trago uma ilustração adicional para o estudo desses sintomas físicos e sinais de ansiedade, com o seguinte caso de ansiedade histérica:

Rosina, treze anos de idade. É alta e magra, tem longos e belos cachos. É muito inteligente. Seu pai aceita 'somente o tratamento médico', o que explica ao menos em parte a manutenção de seu estado por um período de cinco anos.

lagão ao incidente, que passará então a representar para ela o cruel ataque de que foi objeto.

Um exemplo óbvio de trauma que provocou consequências ruins apenas porque tocou num ponto dolorido é ilustrado pelo caso de Peggy:

Peggy, com dez anos, era uma menina muito inteligente e esperta. Veio à consulta em razão de uma mudança ocorrida depois que uma outra criança lhe disse na rua que ela não era filha de seus pais.

Esse comentário da amiga provocou nela uma grande alteração, fazendo com que deixasse de ser a menina esperta que era, capaz de apresentar com muito talento pequenos esquetes de teatro de variedades (vestida como menino, com cartola e bengala) no teatro da escola. Agora ela se tornou ansiosa e passou a roer as unhas. Perdeu a memória para fatos e não tem mais vontade nem capacidade de representar. Começou a ter terrores noturnos e a acordar de noite chamando pelo pai e a mãe, com a cabeça enfiada entre as barras da grade da cama.

Desde então ela passou a urinar com muita frequência e urgência, e perdeu o apetite.

Na conversação normal apresentava lapsos de memória amplos e significativos. Não era capaz de contar a sua história antes dos seis anos nem mesmo em lições gerais. Na verdade ela havia sido adotada, mas era inútil falar disso pois ela sequer registrava do que se estava falando. Os fatos apareceram com muita dificuldade, tendo que ser arrancados à 'mãe' (a Sra. B.), que disse ter sempre evitado falar desse assunto com a filha.

O Sr. e a Sra. B. haviam tido um filho que morreu muitos anos atrás. Peggy sabe que essa criança existiu. Ela é, na verdade, filha única da irmã da Sra. B. O pai morreu logo depois de seu nascimento, e sua mãe a abandonou. A Sra. B. cuidou dela até os dois anos de idade, e depois ela foi levada a uma das unidades dos orfanatos "Dr. Barnardo's", lá ficando até os quatro anos. Nessa época a Sra. B. adotou-a legalmente, e portanto há seis anos a menina vive com ela, sendo filha única, chamando o casal de 'papai' e 'mamãe'. Havia a intenção de que ela jamais viesse a ter motivos para questionar essa ficção tão satisfatória. No entanto, em momentos imprevisíveis, e certa vez quando a menina tinha cinco anos, uma mulher (a verdadeira mãe) apareceu como um raio em céu azul, e a confusão se instalou. Certa vez forçaram a janela da frente da casa, e a mulher foi presa.

Até o dia em que a amiga zombou dela, Peggy havia conseguido manter esses fatos longe da consciência. Ela veio me ver durante seis semanas, duas horas por semana, e nesse curto intervalo pude aprender algo sobre os seus medos inconscientes.

Muito pouca gente acredita realmente no inconsciente. A maioria das pessoas me aconselharia a conquistar a confiança da menina e então contar-lhe toda a verdade. Mas isto teria sido inútil porque 1) ela não aceitaria esses fatos; 2) ela já os tinha em sua memória.

Sua mãe é saudável e bastante sensível. O pai sofre de uma grave ansiedade histérica, e já esteve três vezes internado num sanatório. É provável que no seu caso existia também uma psicose subjacente. Não houve outros filhos.

Rosina nasceu prematura de oito meses, depois de três dias de trabalho de parto. A mãe acredita que o trabalho de parto foi precipitado pelo ataque aéreo à luz do dia sobre Londres em 1917. Ela atribui a ansiedade de Rosina diretamente a esse trauma do nascimento.

Meia hora após nascer Rosina chorou, e passou a chorar muito dali em diante. Ela era nervosa desde o início, assim que pôde dar sinais de nervosismo. Entre os três meses e um ano e meio tinha ligêrissimas convulsões de dia e à noite, além de ataques durante os quais ficava cianótica. Nessa época seu pai estava na guerra.

Foi amamentada ao seio (com alimentação suplementar) até os nove meses. Ao longo da primeira infância sofria de grave constipação, recebendo por isso constantes injeções até os nove meses. Mesmo nessa época sofria de freqüentes "colapsos nervosos", em que ficava simplesmente deitada no berço, e o médico dizia que ela estava esgotada por causa do nervosismo. Aos dois anos passou a sofrer de constantes terrores noturnos.

Aos cinco anos, apesar do nervosismo, foi para a escola e saiu-se bastante bem. Era querida na escola, e à medida que crescia era muitas vezes solicitada a participar das festas escolares porque gostava muito de representar. Mas acabou desistindo dessas participações porque a excitação a deixava doente.

Aos oito anos foi trazida a mim pela primeira vez em função de uma coreia. A agitação, no entanto, não era nova, e não era semelhante à da coreia. Foi reconhecido então que a inquietação era um sinal exterior de uma ansiedade interna.

Nessa época havia queixas de que ela derrubava o tinteiro na escola e deixava cair os pratos em casa. Mostrava-se o tempo todo descontente. À noite suava excessivamente, e sentia muito frio. O sono variava: por vezes falava e cantava enquanto dormia e outras vezes acordava aterrada. Não havia qualquer sinal de doença física.

No decorrer dos anos seguintes ela sofreu uma série de sintomas variados, alguns obviamente psicológicos e outros que simulavam esta ou aquela doença física. Mas nunca se desenvolveu uma doença física propriamente dita, e seu coraço permaneceu sadio.

Dores nas pernas e na planta dos pés ao andar fizeram com que ela me fosse trazida como tendo reumatismo. Não havia qualquer edema nas articulações. Por vezes tornava-se extremamente irritadiga e tinha acessos de fúria após os quais chorava e se sentia culpada, tendo dor de cabeça em seguida. O reumatismo não foi diagnosticado.

Pouco depois ela veio como um caso de vômito recorrente, a excitação levando sempre a acessos de fúria e à prostração. O pai não permitiu que ela passasse um feriado fora, numa tentativa de verificar até que ponto o ambiente desimpenhava um papel em suas constantes doenças. Ela foi bem numa prova apesar de faltar

muito à escola, e foi promovida para duas séries à frente. Ao mesmo tempo passou a apresentar dois tipos de cacocite.

Aos dez anos teve novamente dores nas juntas e foi mantida no leito por algum tempo. Vivia cansada, descontente, aflita. Ficar deitada a deixava ainda mais nervosa. Uma batida na porta era suficiente para aterrorizá-la. Não suportava ficar sozinha.

Ao longo de todo esse tempo, seu coraço era examinado cuidadosamente. Aos dez anos surgiu uma irregularidade cardíaca aparentemente devida a uma sistole ventricular antecipada. Assim que o estetoscópio era colocado em seu peito, ocorria uma saraivada dessas sistoles arritmicas, o que só raramente acontecia em outros momentos. Esta condição persistiu por vários anos. A possibilidade de um reumatismo subagudo nessa época obrigou-a a ficar de cama, mas atualmente está claro que ela não era reumática (ou seja, propensa à febre reumática). Teste de Wasserman negativo.

Sua próxima vinda ao consultório ocorreu em razão de uma dor aguda disseminada, uma hiperestesia generalizada. Surgiram-lhe cálmbras nas mãos, ficava facilmente excitada e mostrava tendência a encostar-se onde quer que fosse. Tinha náuseas quando comia gorduras. Por vezes sentia um apetite excessivo e era necessariamente impedida de comer.

Aos onze anos desmaiava com freqüência. Sofria de uma recorrente "dor no coração", ou, pseudo-angina, que a fazia chorar. Aparecia de repente acalorada e suando profusamente, ou então sentia-se mal às duas da manhã, tremendo de frio, muitas vezes após um pesadelo. Durante o dia piscava sem parar. Sua pele tornou-se hipersensível, e com muita freqüência apresentava manchas eritematosas que a incomodavam muito.

Por volta dos doze anos veio ver-me em função de dores de cabeça e aflição incessante. Tinha que morder algo. Tossia como que por hábito. Se a deixavam sozinha tinha o que ela chamava de "terrores terríveis".

A escola tornou-se demais para ela. Acabou sucumbindo, permanecendo deitada por dias a fio, e ficou tão sensível a ruídos que até o barulho do papel higiênico era insuportável. Muitas vezes acordava extremamente ansiosa, vendo cobras por todo lado.

A essa altura ela ainda dormia no quarto dos pais, e qualquer tentativa de modificar esse estado de coisas não obtinha resultado, em parte pela recusa dos pais de abrir mão do prazer de ter alguém em quem provocar ciúmes, e em parte pelo seu próprio medo de ficar sozinha.

Durante o dia tinha horror a ônibus, bondes e trens. Qualquer viagem a fazia vomitar. Vomitou certa vez numa quarta-feira, e dali em diante passou a ter horror às quartas-feiras simplesmente porque lhe lembravam o seu vômito.

Tornou-se excessivamente ansiosa ao ver insetos, e não saía mais para o jardim. Caía com muita freqüência. Se levava um guarda-chuva, deixava-o cair seguida-

mente. Odiava que lhe perguntassem qualquer coisa, preferindo dizer ela própria se havia cometido algum erro ou feito algo que não devia.

Esta descrição dos sintomas de Rosina provoca no leitor sensações de náusea. Poder-se-ia pensar que, de tão doente, esta seria uma criança desinteressante. No entanto, apesar dos conflitos internos desagradáveis que absorviam uma parte cada vez maior de suas energias, Rosina parecia não desistir de tentar ser uma menina normal, e não lhe faltavam atavismos. Tinha também ambigões, e escrevia contos, o que indicava um talento natural ainda que terrivelmente inibido.

Já foi dito o bastante para mostrar que a saúde física é muitas vezes perturbada por fatores não físicos. O modo como as crianças nervosas e excitáveis podem ser afetadas por distúrbios secundários da saúde física será discutido a seguir com mais detalhes.

Mudanças Físicas Provocadas por Fatores Emocionais

Um dos efeitos da ansiedade é a tendência ao emagrecimento. Isto se deve talvez a uma aceleração do metabolismo, e sabe-se de crianças ansiosas que comem muitíssimo e de modo obsessivo e permanecem magras. Mas as crianças ansiosas muitas vezes não conseguem gostar das refeições normais, e são trazidas ao médico por falta de apetite.

Sem dúvida, a ansiedade permanente é a causa principal da magreza, mas quando ocorrem terrores noturnos que perturbam o sono, a debilidade aumenta em razão da falta de repouso. É preciso lembrar que a ansiedade nem sempre se manifesta visivelmente durante o dia, de modo que se não fossem os pesadelos, ou uma reação excessiva a alguma coisa trivial — um cachorro que pula ou um carro de bombeiros passando por perto — quase não haveria como perceber o verdadeiro estado emocional da criança. Por outro lado, há crianças que se mostram ansiosas o dia inteiro, assustadas com uma batida na porta, ou com uma aranha, preocupadas se o pai chega tarde do trabalho ou furtivos por qualquer sinal de hostilidade (acidentes, ou brigas entre os pais, castigos infligidos a animais ou a outros membros da família, a quebra de uma boneca etc.). Nestes casos, a causa da debilidade é óbvia para qualquer observador.

Quando há uma combinação de magreza, palidez, tendência a ter febre, ou a suar, desmatar, ter dores de cabeça ou dores no corpo, o médico muitas vezes suspeita de alguma doença física. Frequentemente, a dificuldade no diagnóstico aumenta pelo fato de a criança estar com uma febre de 37,5 quando é trazida para o exame.

Até alguns anos atrás tais crianças eram diagnosticadas como "pré-tuberculosas". Atualmente elas são classificadas como "pré-reumáticas" pelos médicos que não reconhecem o fator ansiedade. Muitas vezes lhes são atribuídas "dores de crescimento" — dores nos músculos, nos ligamentos, no peito e nas paredes abdominais, e tudo isso torna o reumatismo subagudo (febre reumática subaguda) ainda mais aceitável. O coragão hiperativo, tal-vez dilatado durante o exame, faz com que a criança seja mantida no leito com suspeita de reumatismo (febre reumática). Na realidade, porém, não há reumatismo nem febre reumática, e o tratamento de repouso não é adequado para a situação.

Outro conjunto de sintomas muito frequente, também provocado pela ansiedade, inclui agitação, compulsão de estar sempre fazendo alguma coisa, e incapacidade de sentar-se à mesa tranquilamente durante as refeições. As crianças que apresentam tais problemas causam muita aflição aos pais e aos professores, e o médico frequentemente comete o erro de diagnosticá-las como sofrendo de coreia. A agitação afeta a criança inteira, não é mais visível nos membros de um lado que nos do outro, como ocorre com a coreia. O tratamento de guardar o leito é muito ruim para uma criança agitada que não sofre de coreia (ver Cap. II, Agitação). O aumento na frequência e urgência da micção é comum em crianças agitadas. Nos bastidores desse sintoma em-contrar-se ansiedade associada à batalha em torno da masturbação.

O estado ansioso está sempre presente ou latente nessas crianças, mas os sintomas nem sempre são visíveis. Eles tendem a surgir em *ataques*, recorrentes a intervalos mais ou menos regulares, com períodos mais saudáveis entre eles. Assim, a recorrência da cólica ou de dores seguidas de diarreia pode produzir um quadro que simula muitíssimo a apendicite latente, levando à remoção de um grande número de apêndices inteiramente inocentes. Ou então, a urgência intestinal desses pacientes induz o falso diagnóstico de colite, fazendo com que a lavagem do cólon provoque a transformação de uma simples irritação numa doença séria. Se o diagnóstico correto fosse conhecido, esse tipo de cólon não seria submetido a qualquer tratamento local.

Celia, de nove anos, faz parte de uma família saudável. Ela tem três irmãs, todas mais novas. Sua mãe gagueja. Em certos momentos ela tem ataques que consistem em intensas crises de dor no abdômen. Ela tem ataques que consistem em intensas crises de dor no abdômen. Ela tem ataques que consistem em intensas crises de dor no abdômen. Ela tem ataques que consistem em intensas crises de dor no abdômen.

Muitas crianças são levadas ao médico por apresentarem tendência a desmatar, especialmente durante as orações matinais na escola, ou quando têm de permanecer de pé num quarto aquecido, ou então quando estão junto a multidão de outras crianças. Isto pode acarretar — ou dar a impressão de confirmar — uma suspeita de cardiopatia, levando o médico a manter na cama uma criança na verdade saudável.

Um menino foi trazido a mim porque desmaiou na escola. Foram diagnósticas: "anemia e possível febre reumática". Na verdade ele havia desmaiado porque, durante a aula de leitura, pronunciaram a palavra "sangue", e ele não conseguia pensar em sangue sem sentir extrema ansiedade, pelo significado que a palavra tinha para ele. Fisicamente estava em perfeita saúde.

Da mesma forma, a tendência a ter convulsões nem sempre independe da condição emocional da criança. Crianças sujeitas a epilepsia podem, especialmente nas fases precoces da doença, ter uma convulsão em situações em que outras crianças sentiriam raiva ou medo. Em certos casos as convulsões são deflagradas somente em situações de tensão emocional, e em casos extremos ocorrem apenas no auge de um terror noturno. Por outro lado, uma crise de ansiedade pode ocorrer tão subitamente, sem razão alguma, que é legítimo suspeitar de convulsão ainda que não haja tendência a verdadeiras crises convulsivas. O reconhecimento destes fatos é importante, pois o tratamento prolongado com brometo, se por um lado é hipoteticamente benéfico a um epilético, por outro é certamente muito ruim para uma criança simplesmente ansiosa, e portanto não necessariamente enferma.

Cabe tentar, agora, desvelar os mecanismos através dos quais a doença física é simulada, ou realmente provocada, por fatores que residem na vida emocional da criança. De imediato é preciso considerar que muita coisa depende da capacidade da criança para tolerar o nível de ansiedade. A capacidade de tolerar a ansiedade varia tanto quanto o grau e o conteúdo da mesma. Qualquer mudança física que poderia ser produzida pelo hipnotismo teria de ser encontrada também no consultório médico. O poder do inconsciente sobre o corpo só recentemente começou a ser compreendido, mas parece que o metabolismo pode ser reduzido até quase a parada completa, o nascimento de dentes pode ser adiado, feridas podem manter-se abertas e o cabelo é capaz de cair simplesmente em consequência de um desejo profundamente enraizado. Parece, também, que alguns ferimentos não se curam simplesmente como resultado de uma falta de interesse da criança, ou do tecido, em continuar vivo. Um novo interesse pode reavivar tanto a criança quanto o poder cicatrizante do tecido. Outros tecidos que não a pele, também apresentam varia-

quase repentinamente. Por vezes durante o ataque ela se torna "histérica", rindo e chorando e por fim deixando-se, exausta. Os ataques não são frequentes. Passaram-se dez meses entre um conjunto de ataques e outro.

Ela é sempre agitada — especialmente durante as refeições. Ela não consegue ficar sentada. Apesar de ser geralmente alegre, tem preocupação ao nervosismo. Sabendo que iria ao médico tornou-se tão ansiosa que "não deixou sua mãe se mexer, nem mesmo para ir se lavar". Vai para a cama cedo, mas fica acordada durante horas. Queixa-se de dores de cabeça, "dores arrepiantes". Sintio como se alguém estivesse batendo na minha nuca. Não há sinais físicos de doença.

Se os intervalos entre os ataques de vômito são regulares, e o vômito intenso, o termo "vômito cíclico" pode ser aplicado. De fato, esse nome fez com que se passasse a pensar que o vômito recorrente fosse uma doença em si mesma. Na verdade trata-se de um sintoma da ansiedade subjacente, exatamente quando uma causa física definida encontra-se presente (tal como obstrução intestinal, apendicite subaguda, pielite).

Dores de cabeça, que frequentemente merecem o nome de "enxaqueca", podem ocorrer em crianças ansiosas. Em certos casos, tais dores de cabeça são muito claramente o resultado de uma congestão do seio frontal ou etmoidal. Em outros, não parece existir qualquer mecanismo desse tipo. Podem ocorrer associados a convulsões.

A congestão nasal e paranasal é outra manifestação possível da ansiedade de infantil. E como se elas precisassem expressar raiva, mas como não o conseguem (devido à intensidade do sentimento), tornam-se congestionadas em vários lugares. A congestão nasal leva ao ressecamento das membranas mucosas, o que não apenas provoca desconforto e formação de crostas e conspécies mexidas no nariz, mas constitui uma situação de certo risco. A membrana mucosa é naturalmente úmida e é provável que, quando seca, se torne uma defesa menos eficiente contra as infecções. Assim, pode-se ver al um indício capaz de fornecer uma possível explicação para o fato de que crianças superexcitáveis e nervosas, ou minúsculas, ou excessivamente estimuladas por alguém, fiquem gripadas com tanta frequência.

Em conjunto com a congestão nasal ocorre tendência a epistaxe (hemorragia nasal).

Crianças com propensão à asma até certo ponto desenvolvem reações intensas contra a ansiedade, isto é, contra o excesso de excitação sem possibilidade de descarga. Em certos casos este é o fator central. Crianças ansiosas estão sujeitas a crises de respiração pesada e difícil, ligadas a ataques noturnos de ansiedade, que por vezes são confundidas com asma.

gões quanto à sua capacidade de recuperar-se, tendo em vista o desejo da criança de viver (por exemplo, em casos de pneumonia). Sabe-se que a ausência de gratificação oral pode adiar o desenvolvimento infantil, fazendo com que a criança demore a andar, movimente-se de modo desajeitado, demore a falar, e não seja capaz de brincar e de se comunicar com outras pessoas. O mecanismo em funcionamento neste ponto não está claro.

Compreendemos melhor as mudanças ocorridas nos órgãos devido à excitação. Fantasia erótica são normalmente acompanhadas de ereção e sensibilização da glândula (ou clitoris) ao longo da infância tanto quanto na adolescência, e o orgasmo completo, acompanhado de intenso prazer, alterações vasomotoras e movimentos rítmicos do corpo, seguidos de prostração, suor e desejo de dormir ocorre em crianças normais, inclusive as muito pequenas.

Um dos efeitos da ansiedade sobre o conteúdo da fantasia é o de acarretar o prolongamento dos estágios iniciais do ato, e simultaneamente pode ocorrer uma tentativa obsessiva de masturbar-se a fim de compensar a falta de autoconfiança provocada pela inibição.

Os efeitos dessa excitação prolongada podem ser divididos em hiperemia (vasodilatação periférica temporária que aparece sob a forma de rubor e calor), hiperestesia e instabilidade vasomotora.

O pênis do menino mostra-se em geral flácido, com a pele do saco escrotal não contrída. Esse suporte insuficiente aos testículos, combinado com uma hiperemia geral do tecido mole, provoca uma dor ou sensação de repuxar dessa região, de que os meninos algumas vezes se queixam. A hiperestesia continua da glândula pode tornar difícil participar de jogos, porque a glândula fica intolerável. A balanite (inflamação das glândulas do pênis ou do clitoris) e glândulas linfáticas macias na virilha associam-se a esses eventos, e os distúrbios correspondentes nas meninas incluem provavelmente o corrimento vaginal comum.

Conseqüências menos frequentes seguem-se a formas insatisfatórias de masturbação, tendo como padrão uma associação com a hiperemia do ânus e a hiperestesia do trato urinário, dos músculos e dos ligamentos, que acompanham uma regressão a fantasias do estágio pré-genital do desenvolvimento emocional. Outra tendência é a que se manifesta relacionada à sensibilização da pele, resultando em irritação anal, reação geral à irritação em forma de urticária, ou urticária espontânea. A principal tendência de um organismo alterado por excitação continua é na direção de uma hiperemia localizada. O nariz entupido é um exemplo

comum, mas qualquer tecido pode sofrer uma mudança correspondente à ereção do tecido erétil.

Mudanças vasomotoras da pele apresentam-se na forma de manchas na pele das partes envolvidas, em edemas nos tornozelos, em "ma circulação", e em certas modificações da tendência normal a sangrar nos locais onde a pele é ferida. Ilustrando as sugestões aqui apresentadas quanto ao mecanismo pelo qual certos distúrbios físicos são produzidos, direi algo sobre os olhos, o nariz e a garganta.

Os olhos

Incapacidade histérica de ver, simbolizando cegueira (punição por olhar). Nenhuma mudança física.

Ansiedade quanto a uma visão boa (sentimento inconsciente de culpa), teste constante da visão provocando cansaço dos músculos oculares; uso de óculos por motivos irracionais (resultando na destruição da boa aparência, neutralização dos sentimentos de culpa, melhora no estado geral de saúde; por outro lado, os óculos são sentidos como ostentação.

Uma criança em estado de excitação parcial olhando para objetos proibidos a fim de excitar-se, mas fazendo-o com olhos cansados, devido, provavelmente, em parte à hiperemia e em parte ao trabalho extra imposto ao movimento dos olhos em razão do conflito ("Quero ver" e também "Não quero ver").

O piscar obsessivo, outro modo de lidar com o sentimento de culpa decorrente do olhar. Bêntite cronicada por esfregação incessante (equivalente da masturbação).

O nariz

O distúrbio principal é a congestão nasal por excitação contínua, diretamente associada à congestão e excitação anal, com fantasias de certa natureza. Tais fantasias são cruéis e associam-se a desejos extremamente destrutivos, dos quais a criança não está consciente. A hiperemia tem por conseqüência:

Uma sensação de entupimento, o vício de fungar, tendência a epistaxe (sangramento). Obstrução do fluxo de ar, respiração pela boca. Ressecamento das mucosas, com formação de crostas e possivelmente uma vulnerabilidade aumentada à infecção; e

Geralmente associada à coarctação, encontram-se a sensibilidade aumentada da mucosa nasal e o hábito de fumar. A destruição da mucosa, levando inclusive à hemorragia, reflete a crueldade presente na fístula associada, da qual, no entanto, a criança encontra-se essencialmente inconsciente. A tendência dos pais de atribuir as mexidas no nariz a vermes indica a sua compreensão intuitiva de que esse hábito de fumar o nariz equivale à masturbação anal.

Mudez histórica e afonia (nenhuma mudança física); tais fenômenos têm um significado simbólico direto para o sujeito.

[illegible]

Por vezes um menino na puberdade não consegue utilizar o novo conteúdo da fala masculina, e ou falara em falsete ou corre o risco de imitar incorretamente a voz de alguns homens. Isto pode acontecer cansado das cordas vocais e pode ser perfeitamente associado ao fechamento da garganta ansiosa. Uma menina poderia, similantemente, falar em tom grave e imitar uma voz masculina, conhecida ou não, mas é menos provável que isto esteja associado a mudanças físicas secundárias.

A maioria desses sintomas, assim como as doenças físicas, pode ser utilizada por uma criança (inconscientemente) para a satisfação de desejos inconscientes e para a neutralização de sentimentos de culpa (também inconsistentes). Ou então pode acontecer que uma criança, por assim dizer, se

Além do mais, o tratamento compreensivo de uma criança ansiosa, que geralmente significa apenas a observação inativa e não ansiosa por parte do médico, acelera em muitos casos a recuperação da saúde plena.

No estudo das causas mais comuns da ansiedade, enfatizou-se a sua base não física. São justamente as causas não físicas as que tendem a ser ignoradas, devido à má vontade dos médicos e outras pessoas em reconhecer a existência do inconsciente e admitir a importância e a intensidade do erotismo e da hostilidade infantis.

As doenças do cérebro são capazes de produzir alterações de temperamento em todos os graus possíveis, prejudicando o bem-estar, a confiabilidade, a inteligência e a rapidez de raciocínio do paciente. Um exemplo comum é a coreia, que provoca instabilidade emocional, reações exageradas e flutuações no autocontrole.

A encefalite letárgica, em consequência de sua natureza epidêmica, pode a qualquer momento provocar alterações na personalidade devidas à doença cerebral. Comportamentos imorais, anti-sociais, neuróticos ou psicóticos podem ocorrer em pacientes anteriormente normais devido a encetação, pela modificação dos fatores que levam os seres humanos a agir de modo mais ou menos civilizado: a doença cerebral perturbou o desejável equilíbrio.

Para além da coreia, a febre reumática, aguda ou latente, é acompanhada de um aumento do nervosismo. Isto sugere um interessante problema, que pode ser formulado da seguinte maneira:

A febre reumática ativa provoca instabilidade emocional? O nervosismo causa predisposição à febre reumática? Há casos de crianças nervosas cujo nervosismo é causado por febre reumática que não se manifesta claramente de nenhum outro modo (ausência de artrite, cardiopatia, coreia etc.)?

1. A primeira proposição é inequivocamente correta e geralmente aceita.

2. Não há certeza de que o nervosismo predispõe à febre reumática.

3. É preciso admitir a possibilidade de que em casos raros a instabilidade emocional seja devida a uma febre reumática anterior ao surgimento de artrite, cardiopatia etc.; isto configuraria um modo pouco usual de instalação do reumatismo. O reumatismo latente, porém, normalmente não causa nervosismo.

Doenças Físicas Mascaradas por Ansiedade

Doenças físicas reais, ocorrendo numa criança nervosa, podem ser mascaradas pelos sintomas da ansiedade. O estado febril não apenas aumenta a propensão à instabilidade emocional, como a criança pode ficar tão alarmada ao sentir uma dor, ou ao sentir-se doente, que os sintomas resultantes do medo podem mascarar a verdadeira doença, como por exemplo a cardiopatia reumática, a gripe (*influenza*), a tuberculose vertebral ou da bacia (tuberculose osteoarticular) e a poliomielite.

Além do mais, a ansiedade pode perturbar um exame médico completo, como por exemplo no caso em que a resistência em aceitar a espátula faz com que o médico deixe de perceber uma difteria, ou quando o medo da criança de tirar a roupa impede que sejam detectados nódulos reumáticos, ou cardiopatias, ou um peritônio inflamado. Por último, uma criança nervosa pode aparentar disposição e vigor numa condição em que a criança normal ficaria prostrada e exausta, tendo a ideia de estar doente adquirido um significado simbólico tão carregado de culpa, que para essa criança específica não é possível aceitá-la.

Capítulo II

Agitação¹ (1931)

NA PRÁTICA clínica encontramos usualmente três tipos de agitação: aquela devida à excitação ansiosa, os tiques e a coreia. Pelo fato de esta última, menos comum que as outras duas, acarretar tendência à febre reumática e à doença cardíaca, o diagnóstico diferencial entre um tipo de agitação e outro é deveras importante. Um erro pode significar que uma criança não propensa a doença cardíaca seja mantida na cama, quando estaria bem melhor brincando por aí, ou então que uma criança sofrendo de coreia seja punida na escola por uma agitação que está fora de seu controle voluntário, e execute trabalhos pesados e participe de jogos precisamente quando seu coração deveria receber o máximo de repouso possível. Ambos os erros são igualmente deploráveis.

Felizmente, cada tipo de agitação tem suas marcas características, de modo que, havendo um cuidado razoavelmente atento, a dúvida quanto ao diagnóstico não será muito frequente.

Agitação Ansiosa Comum

A agitação comum não possui uma base orgânica, é inteiramente desvinculada da coreia, e consequentemente da doença cardíaca, e de preferência deve ser deixada sem tratamento algum e, tanto quanto possível, sem ser sequer considerada.

¹ Publicado inicialmente em *Clinical Notes on Disorders of Childhood*, Londres, Heinemann, 1931.

Normalmente esse tipo de agitação não aparece de um momento para outro, sendo, por assim dizer, parte da natureza da criança, e por este aspecto histórico específico já poderia ser distinguido da coreia.

Em certos casos há relatos de seu surgimento em seguida a acontecimentos que provocaram tamanha excitação ou ansiedade, que a criança não foi capaz de lidar com eles, porque a idéia por trás do episódio deu margem a sentimentos que a criança não pôde tolerar. Acontecimentos desse tipo podem ser súbitos e imprevisíveis, como quando uma rajada repentina de vento escancara uma janela, faz a porta bater com estrondo e cria uma enorme confusão. Ou então provocarem sentimentos intensos demais de medo ou raiva, como quando uma criança recebe uma informação sexual indesejada, ou vê os pais juntos na cama, ou assiste a uma briga entre adultos. O mesmo pode ocorrer por ocasião do nascimento de um irmão ou irmã, ou devido à visão de uma pessoa com a perna paralisada, ou dos dentes falsos de alguém etc. (A coreia também pode começar num momento de grande tensão emocional ou depois de um grande esforço mental, como por exemplo um exame escolar.)

Estas crianças agitadas, excitadas, precisam estar sempre fazendo alguma coisa ou indo a algum lugar. A excitação leva imediatamente a um aumento da agitação (como ocorre também nos casos de coreia). Enquanto os movimentos da coreia dominam a criança, os movimentos da criança ansiosa fazem parte de seu esforço por dominar a ansiedade. A criança torna-se então um "problema", não pára quieta, "apronta" toda vez que a deixam desocupada, e é sempre "impossível" à mesa, seja por comer como se alguém lhe fosse roubar a comida, ou por derrubar copos e derramar líquidos a ponto de todos acharem ótimo quando ela finalmente pede para sair da mesa.

Aqui podem ser encontradas todas as variações possíveis: uma criança é insuportável em casa, mas na escola comporta-se como um anjo. Outra é mandada para exame médico pelo professor por suspeita de coreia, enquanto os pais não notaram qualquer anormalidade. A condição subjacente é a ansiedade, da qual em geral podem ser notados vários outros indícios. O mais comum é um aumento na urgência e frequência da micção. Pode ocorrer um aumento na frequência e na urgência da defecação, com ou sem cólicas, ou somente fortes crises de cólicas, provocando palidez e prostração não muito prolongadas. O sono é muitas vezes agitado. Pode ocorrer também uma aparente insônia, em que a criança é a última a adormecer e a primeira a acordar. O sono pode ser perturbado por terrores noturnos, ainda que isto seja mais característico das crianças "irritantes" do que das crianças "irritadas". Pois são crianças superexcitadas, ou

Movimentos repetitivos — Tiques

"agitadas", mais do que atiltas com tudo e todos, com o escuro ou por estarem sozinhas etc. Certamente, as duas coisas estão frequentemente misturadas. Essas crianças fazem amigos com facilidade, brincam selvagemmente o dia inteiro e geralmente estão felizes, tornando-se irritadas mais em situações de tolhimento ou restrição. Se imaginarmos uma criança desse tipo, lembramo-nos de inúmeras crianças entre os cinco e os dez anos, magras e rijas, sempre ávidas e rápidas.

Outra experiência comum na vida diária é encontrarmos crianças com movimentos repetitivos — piscar os olhos, balançar a cabeça, mover os ombros — e trata-se de crianças fisicamente saudas. Algum movimento, que talvez tivesse originalmente um propósito, tornou-se um ato obsessivo. O fato de que o movimento é repetido com exatidão afasta as hipóteses de coreia e de agitação comum. O tique pode persistir quando a criança desenvolve a coreia, e pode ser encontrado também em crianças excitáveis. Com certeza, deve-se investigar as condições do local — por exemplo, um exame oftalmológico no caso da criança que pisca os olhos — mas a anormalidade reside na necessidade de executar o ato repetitivo, de modo que se um movimento é curado, a probabilidade de que surja outro é grande. O melhor tratamento é o de não prestar atenção ao movimento. É possível que ele persista, mas nesse caso nenhum dos tratamentos geralmente prescritos teria êxito.

Coreia

Nada é mais fácil, para quem está familiarizado com o quadro da doença, do que diagnosticar um caso típico de coreia. A criança mantém-se irrequieten por movimentos involuntários de músculos não emparelhados, nenhum movimento sendo repetido, e nenhuma parte do corpo ficando anormalmente calma. A fala tropeça em si mesma e se torna ininteligível. Andar torna-se uma tarefa artiscada. Mesmo o deitar de costas é um trabalho cansativo. A instabilidade emocional manifesta-se pela alternância entre sorrisos espasmódicos e choros incontrolados. Uma resposta explosiva típica é deflagrada quando se pede à criança para mostrar a língua e depois recolhê-la de volta. Se, enquanto a criança

tenta segurar o dedo do médico, este força a mão dela alternadamente entre a posição supina e a pronada, a criança afetada pela coreia tende a perder a pressão e a retomá-la em seguida, assim que a mão alcança a posição seguinte. Uma criança que não sofre dessa doença mantém a pressão sobre o dedo do médico continuamente enquanto seu antebraço é movido. A criança com coreia, se os espasmos não a impedem de segurar um lápis, desenhara no papel uma linha que ao mesmo tempo indica controle irregular e supercompensação. Se ela atende ao pedido do médico no sentido de esticar os braços à frente do corpo com os dedos estendidos e separados, os pulsos apresentam uma típica flexão e os dedos ficam hiperestendidos. Se os movimentos involuntários são mais intensos num dos lados do corpo, é nesse lado que a posição da mão e dos dedos se mostrará mais pronunciada.

Há inclusive uma característica específica dos movimentos provocados pela coreia que desafia toda descrição, fazendo com que essa doença possa ser diagnosticada no instante em que a criança é vista. De fato, no hospital, o melhor momento para diagnosticar um caso leve de coreia é quando um outro paciente está sendo examinado, e a criança, até então não consciente de si mesma, espera na fila para ser atendida a seguir.

A coreia é uma doença do tecido cerebral intimamente associada à inflamação da garganta, à artrite e à cardiopatia (cardite) reumatóides. A alteração no tecido cerebral deve-se mais a um provável edema do que a uma reação inflamatória, pois nenhum sintoma ou marca permanente são encontrados posteriormente.

A criança recupera-se da coreia, e a cura pode ser um pouco acelerada com o uso de aspirina. O único perigo deriva da doença cardíaca de natureza reumática a ela associada. A maioria dos casos de coreia não traz complicações, mas a recidiva é comum, e pode acontecer de a artrite ou cardiopatia reumáticas aparecerem em vez da coreia, ou em associação com a mesma, em vez de, ou em associação com, a coreia. Não é muito frequente que a cardiopatia complique a coreia numa criança que jamais teve um edema articular reumático.

Tipicamente, a coreia surge em determinado dia com uma paresia (enfraquecimento não paralisante) de um braço e uma perna do mesmo lado, associados a movimentos involuntários dos mesmos. Tanto a paresia quanto os movimentos podem surgir isoladamente, no início. *É muito raro que os movimentos sejam simétricos no início*, embora possam frequentemente tornar-se generalizados em poucos dias. Quando os movimentos mostram-se localizados, nunca afetam um membro superior e outro inferior em lados di-

ferentes, e é muito raro que os movimentos afetem um membro e não sejam perceptíveis no outro membro do mesmo lado.

A paresia torna-se mais óbvia pela descoordenação, e o esforço voluntário leva a um resultado que é tanto retardado quanto explosivo. Quando não há tentativa alguma de produzir um movimento voluntário, todo o corpo ou as partes mais afetadas movem-se incessantemente. Sempre que possível, a criança torna o movimento proposital, como se se envergonhasse de se perceber em movimento sem nenhum propósito.

Como regra geral, as extremidades dificilmente mantêm-se imóveis por um momento sequer. Elas estão sempre realizando movimentos desajeitados ou magníficas contorções. Os ombros são por vezes levantados, por vezes encolhidos, a cabeça é lançada para baixo e para o lado, como que desenhando círculos. Os músculos da face também participam, os olhos fecham-se e abrem-se alternadamente, a testa é franzida e rapidamente esticada, os cantos da boca torcidos para um ou outro lado... (Henoch, 1889, p. 197).

Durante a coreia a criança reage de um modo exagerado a cada episódio com conotações emocionais, e essa instabilidade emocional persiste em muitos casos por meses ou anos após o desaparecimento da coreia. A mesma perturbação mental pode ser encontrada em casos de febre reumática, com ou sem os movimentos da coreia.

Há ainda alguns outros pontos de interesse sobre a coreia, apesar de não serem de utilidade para o diagnóstico. A coreia afeta três vezes mais as meninas do que os meninos. Não há razões aparentes para esse favoritismo. Por outro lado, a agitação comum ocorre, aparentemente, com mais frequência em meninos do que em meninas. A coreia é uma doença ligeiramente sazonal; a agitação comum e os tiques, não. A coreia pode ser correlacionada a regiões e posição social; já a agitação e os tiques, não.

Em certos casos, os ataques de coreia aparecem repetidamente, e sem produzir cardiopatia ou artrite reumáticas. Num certo caso, uma criança teve coreia por vários anos, sempre no dia do seu aniversário. Aparentemente, será possível um dia determinar em cada cem casos de coreia verdadeira uma certa percentagem não sujeita a manifestações reumáticas. No momento isto não é possível, fazendo com que todas as crianças atingidas pela coreia devam ser tratadas como casos cardíacos potenciais.

Não há tratamento para a coreia, salvo o repouso no leito e a prevenção de tensões emocionais. Numa enfermaria seria interessante isolar a cama com um cortinado, mas não nos casos em que a criança fica ansiosa, como se a estivessem punindo. Em casa deve ser encontrado para ela um lugar onde outras crianças não possam interromper e provocar excitação. Muito pode ser

feito através de um cuidar simpático e tranquilo, e durante a convalescença devem ser fornecidos ocupação para os dedos e alimentos para a mente, como ocorre em todas as doenças prolongadas. Certas crianças não toleram muito bem o repouso, pois na cama não lhes é possível empregar os modos costumeiros de lidar com a ansiedade produzida por seus pensamentos. Não devemos esquecer que para uma criança nessas condições a presença de um genitor muito amoroso pode funcionar, ainda que indiretamente, como uma tortura, devido à estimulação, podendo-se esperar que a criança melhore mais rapidamente fora de casa. No entanto, é justamente o genitor muito amoroso que se opora a que a criança seja removida de casa, mesmo que para o seu bem.

Os tratamentos medicamentosos não são satisfatórios, como os números o demonstram.

Quando não tratada, a coreia em geral desaparece por si mesma. A única complicação mais séria é a doença cardíaca, e para isto não se conhece tratamento algum, exceto o repouso.

Discussão do Diagnóstico

Embora a coreia seja facilmente diagnosticável, não é rara a agitação de outro tipo ser confundida com ela, e por esta razão é útil resumir os aspectos do diagnóstico diferencial, mesmo com risco de uma repetição.

Num caso típico de agitação comum, a inquietação é parte da natureza da criança. A criança é afetada como um todo. Associados à agitação, ocorrem aumentos na frequência e na urgência da micção. Ao contrário, uma anamnese cuidadosa do surgimento da coreia verdadeira revelará geralmente que uma criança razoavelmente normal tornou-se agitada num determinado dia. Os movimentos, no período inicial, ocorrem quase sempre mais nos membros de um dos lados do corpo que nos do outro. Há frequentemente uma paresia associada, sempre nos membros mais agitados, ou seja: os movimentos e a paresia ocorrem em conjunto. A micção em geral não é afetada. Após alguns dias, quando a criança está de cama no hospital ou numa casa de repouso, esses indicadores podem se tornar muito menos visíveis, e a unilateralidade e a paresia poderão desaparecer.

A história do surgimento dos tiques não é importante para o diagnóstico — os movimentos podem ter surgido repentinamente, podem ter começado depois de um susto, podem estar associados a uma mudança de temperamen-

to. Os espasmos tornados hábito podem ser muito desagradáveis para os que são obrigados a vê-los.

Normalmente é possível, portanto, diagnosticar a coreia somente pelo histórico do caso. Se os movimentos são típicos mas a história não, o diagnóstico de coreia deve ser discutido. O diagnóstico da agitação comum é geralmente fácil, mas em certos casos a agitação lembra tanto a coreia que somente uma pesquisa minuciosa do histórico do caso pode levar ao diagnóstico. A presença de algum sintoma cardíológico que levante a suspeita de cardiopatia reumática, antiga ou recente, é muitas vezes responsável pela infeliz e desnecessária decisão de restrição a atividade de uma criança que não sofre de coreia.

É necessário enfatizar aqui o fato de que o termo 'pré-coreico' não tem sentido algum no estado atual dos conhecimentos médicos. A agitação não predispõe diretamente à coreia, e não há relação entre tiques e coreia. É verdade que a coreia pode estar em alguns casos ligada a uma tensão excessiva (por exemplo, em situações de exames escolares), e pode ser deflagrada por um susto. Mas a ligação entre a coreia e o esforço da criança por sair-se bem, ou sua reação ao susto, não é compreensível no momento. Ainda assim, é inevitável tratar-se de uma doença física do tecido cerebral que afeta crianças normais, excitáveis e nervosas indiscriminadamente. Num diagnóstico diferencial, a coreia, os tiques e a agitação comum devem ser considerados como sem ligação entre si.

Os movimentos atetóides associados a certas doenças do sistema nervoso central não são facilmente confundíveis com a coreia. A encefalite letárgica epidêmica aguda pode, por outro lado, surgir como uma coreia generalizada, quase impossível de ser distinguida clinicamente da coreia comum. O caso a seguir ilustra a sequência incomum: trauma — coreia — cardiopatia reumática e artrite.

Lily era uma menina saudável até os oito anos, quando sofreu dois sustos numa mesma semana. Primeiro foi derrubada por uma bicicleta, e num outro momento teve medo de ir para casa porque um homem e uma mulher a seguiam (provavelmente mente era algo que ela imaginou, mas ainda assim produziu ansiedade). Quase na mesma época começou a tremer, especialmente no braço e perna esquerdos. Tornou-se magra e pálida. Após algumas semanas queixou-se de dores nas mãos. Desde os sustos ela se sentia muito mal. De vez em quando dizia coisas de um modo engraçado, não conseguindo pronunciar as palavras direito. O sono era normal, exceto por alguma agitação das pernas e uma 'tremedeira dos membros'. Já mais fora uma criança nervosa ou sujeita a terrores noturnos.

Histórico médico: Havia tido sarampo, e certa vez apresentou inflamação das amígdalas. Não sentiu dores do crescimento. As amígdalas não foram removidas.

História familiar: Tinha sete irmãos, dos quais um havia tido febre reumática.

Exame médico: Exceto uma ligeira febre (37,7) não foram notados outros fatos. Os movimentos eram típicos de coreia, embora ligeiros, e o coração mostrava-se inteiramente natural.

Seguimento: Os movimentos logo melhoraram, mas continuaram mais visíveis no lado esquerdo que no direito. Deitada na cama, desenvolveu um enrijecimento do pescoço, presumivelmente por artrite reumática. As amígdalas estavam muito pequenas e saudáveis; na verdade, à primeira vista pareciam ter sido removidas.

Após três meses, a menina parecia bem, e o coração permanecia inalterado.

Não a vi novamente pelos quatro meses seguintes, e então a trouxeram imediatamente depois de adoecer, aparentemente em consequência de uma dor de cabeça provocada pelo sol forte. Ela apresentava novamente os movimentos típicos, mas não tinha dores ou inchacos nas juntas. Sua temperatura era de 37,7, e ela parecia doente. Os sinais cardíacos eram os seguintes:

O tônus estava aumentando. O batimento do ápice estava dentro dos limites normais (cerca de 1 cm à esquerda, no 5º espaço intercostal). Em ambiente silencioso podia-se ouvir, na continuação do 2º som, um sopro abaixo e à esquerda do esterno. Esse surgimento de um sopro diastólico impunha um diagnóstico de endocardite aguda da válvula aórtica, causando regurgitação aórtica.

Após quinze semanas de internação ela estava bem, exceto por seu coração que continuava a dar sinais de regurgitação aórtica. Não havia hipertrofia perceptível. Apesar de todos os cuidados os movimentos recomegaram, e ainda que permitissem pouco intensos o coração desenvolveu um novo sinal — um sopro, audível no ápice quando a paciente estava deitada. Isto poderia estar associado à regurgitação aórtica, mas a possibilidade de uma estenose mitral precoce foi anotada.

Vinte e um meses após o primeiro ataque de coreia, a criança desenvolveu um quadro de febre reumática latente com inchação dos calcanhares. Foi internada por outros sete meses, ao fim dos quais voltou a estar bem.

Tinha e dois meses após o primeiro ataque, ela desenvolveu novamente a coreia. A esta altura o coração mostrava evidências de hipertrofia, estenose mitral avançada e regurgitação aórtica, e, tendo em vista que a coreia encontrava-se ativa, era de se presumir também a presença de cardite ativa.

Isto mostra como percurso da doença pode prosseguir, apesar de todos os cuidados e observação possíveis.

O caso a seguir ilustra o processo:

Doris foi trazida pela primeira vez ao meu consultório aos cinco anos de idade, enviada pelo funcionário da assistência médica da sua escola, em razão de um 'reumatismo' — que sempre é uma boa razão para o exame e a observação periódica de uma criança.

Histórico médico: Teve escarlatina duas vezes, amígdalas e adenóides removidas aos três anos.

História familiar: A mãe teve febre reumática duas vezes, e consta que seu coração foi afetado naquela época. Há uma irmã de oito anos e um irmão de seis meses.

Anotações sobre o caso: A criança é feliz e ativa, e come bem, mas está sujeita a 'dores do crescimento' nos membros inferiores e a 'frequentes' 'resfriados'. Nunca teve inchação das articulações. O fato de a criança declarar que sente dores é motivo suficiente para uma pesquisa cuidadosa.

A mãe queixa-se também de que a criança é agitada e faz caretas. Não há uma data definida para o surgimento desses estranhos sintomas. Pode-se dizer que eles cresceram junto com a criança.

As perguntas de rotina aos pais revelam os seguintes fatos: a garotinha dorme bastante bem, exceto pelo fato de falar durante o sono, mas durante o dia ela é bastante nervosa e constantemente superexcitada. A excitação a faz falar incessantemente, e ela se torna mais e mais agitada. Na verdade, nunca está quieta, e assomado a isto, como é comum, há um aumento na frequência e na urgência da micção (mas não há enurese).

A agitação encontrada durante o exame da criança corresponde a esse desassossego ansioso, e não é devida a coreia. Não há sinais físicos de doença e o coração está normal. Quando se pede que deite a criança, precisa vencer uma forte resistência à idêta, e isso fica evidente por uma intensificação do batimento cardíaco.

Anotações adicionais: Soube que a agitação havia sido diagnosticada como coreia num hospital há não muito tempo, mas a agitação remanescente após a coreia é tão característica que eu me senti seguro em enviar o seguinte relatório: Esta criança está fisicamente saudável. É ansiosa, e isto pode explicar as dores e a agitação.

Em certos períodos ela não ia à escola devido a palidez, desmaios e, novamente, uma doença febril, dores por todo o corpo e formigamento em uma das mãos. Depois de alguns dias de cama, recuperava a saúde. Crianças ansiosas sofrem frequentemente desse tipo de doença sem sinais físicos.

Da vez seguinte em que ouvi a seu respeito, ela havia recebido o diagnóstico de coreia em outro hospital, o que parecia contradizer o meu diagnóstico. Mas quando a examinei novamente não encontrei mudanças em sua agitação, que não era de natureza coreica.

Algum tempo depois ela foi internada num hospital como um caso de *erithema nodosum*.¹ No entanto, é comum acontecerem contusões nas canelas e em outros lugares, e em seu caso esta era uma condição familiar, compartilhada por seus irmãos, de modo que o diagnóstico de '*erithema nodosum*' havia sido falso. Houve realmente sangramento subcutâneo em certo momento, e as saliências formadas pelo sangue coagulado haviam sido classificadas como nódulos reumáticos. Disseram que seu coração estava dilatado, e o caso foi rotulado de 'reumatismo ativo e cardíaco'. Com este diagnóstico ela me foi trazida novamente, mas encontrei-a exatamente nas mesmas condições da primeira vez. Seu coração permanecia normal.

Ela não estava, certamente, sujeita nem a reumatismo nem a coréia.

Pós-escrito (1957)

A febre reumática e a coréia são hoje muito menos comuns do que na época em que isto foi escrito. A incidência da agitação ansiosa comum e dos tiques não sofreu alteração.

Nota da Primeira Tradutora, Jane Russo (1978):

"Devemos lembrar o fato de que este artigo data de 1931, quando a etiologia da febre reumática, como bem demonstra o autor, era obscura, desconhecida. Havia algumas teorias a respeito, inclusive a que o autor defende, na qual a coréia surge como um fator desencadeante. Atualmente aceita-se unanimemente que o *Streptococcus beta-hemolyticus* do grupo A de Lancefield é o germe intimamente relacionado com a etiologia da febre reumática. No entanto, várias teorias têm sido aventadas para explicar o mecanismo de ação do streptococo no desencadeamento da moléstia, sem que qualquer uma tenha esclarecido de modo satisfatório os múltiplos aspectos clínicos. Acredita-se presentemente que todas as alterações decorram de um processo imunológico."

Notas do Tradutor Atual

A inclusão destes dois primeiros artigos no livro *Da Pediatría à Psicanálise* (na segunda edição francesa do livro, revista e ampliada, organizada

¹ Eritema nodoso ou tuberculoso — inflamação aguda da pele caracterizada pela formação de nódulos ou tubérculos subdérmicos dolorosos e manchas sucessivamente vermelhas. Violáceos e pardos nos joelhos, pernas e antebraços acompanhados de febre.

por Jeannine Kalmanovitch em 1989, eles foram retirados) presta-se à percepção de Winnicott enquanto pediatra. Não digo "enquanto ainda pediatra", pois ele nunca deixou de sê-lo. Mas certamente cabe dizer "enquanto ainda não psicanalista". O primeiro artigo já revela as preocupações do autor com os aspectos emocionais de seus pequenos pacientes, e o segundo, de natureza inteiramente médica, demonstra um de seus princípios teóricos fundamentais: o extremo cuidado no diagnóstico preciso de uma condição desfavorável.

O mesmo tipo de conflito de diagnósticos, levando à percepção de o quanto idéias preconcebidas e generalizadas podem impedir o tratamento adequado de um paciente específico, encontramos no comovedor e contundente depoimento de Margaret Little, no livro *Ansiedades Psíquicas e Pre-venção* (1992, trad.: Maria Clara de Biase Fernandes), onde o relato das análises da autora com outros dois analistas antes de Winnicott mostra o quanto o excesso de autoconfiança e de fidelidade a esquemas teóricos pode obscurecer a percepção até mesmo de profissionais sérios e inteligentes.

PART E II

O Apetite e os Problemas Emocionais¹

(1936)

NA LITERATURA PSICANALÍTICA e de outros campos ligados à psicologia, encontra-se uma ampla concordância quanto ao fato de que os distúrbios do apetite são muito comuns nas doenças psiquiátricas, mas creio que o reconhecimento de até que ponto é importante o ato de comer ainda não se deu. É raro, por exemplo, encontrar o termo voracidade nos escritos psicológicos, e no entanto trata-se de uma palavra com um significado muito bem definido, que reúne em si o psicológico e o físico, o amor e o ódio, o que é aceito e o que não pode ser aceito pelo ego. O único estudo psicanalítico que conheço onde a palavra voracidade é incluída em termos essenciais é *Amor, Ódio e Reparação*, de Melanie Klein e Joan Riviere (Imago Editora, 1996).

É importantíssima a discussão dos vínculos entre voracidade e apetite. Gostaria de sugerir que a voracidade jamais é encontrada nos seres humanos, mesmo em bebês, de forma aberta e sem disfarces, e quando aparece como sintoma trata-se sempre de um fenômeno secundário, implicando em ansiedade. A voracidade significa, a meu ver, algo tão primitivo que não poderia aparecer no comportamento humano, exceto sob disfarce e fazendo parte de um sintoma complexo.

A anamnese cuidadosa produz um efeito profundo sobre meus pontos de vista, pois tornou clara, para mim, uma continuidade clínica dos distúrbios do apetite ao longo de toda a infância, desde o início até a adolescência e a vida adulta. Nos últimos anos estive ensinando que a anamnese deixa claro o fato de que não há uma linha divisória nítida entre as seguintes condições: anorexia nervosa na adolescência, dificuldades na alimentação durante a in-

¹ Lido perante a Seção Médica da British Psychological Society, 1936.

Infância, distúrbios do apetite devidos a certas condições específicas em momentos críticos, e as inibições da amamentação na primeira infância, mesmo no período inicial. Exemplos de momentos críticos seriam: o nascimento de um novo bebê, perda da primeira pessoa que amamenta o bebê, afastamento de casa, primeira refeição com ambos os pais, tentativas de induzir a criança a comer sozinha, introdução de alimento sólido ou simplesmente mais consistente, reações ansiosas a mordidas no bico do seio.

Tais casos agrupam-se num único e grande universo: num extremo da escala estão as dificuldades de amamentação de bebês, e no outro, a melancolia, a toxicomania, a hipocôndria e o suicídio. Dizendo de outro modo, em todos os tipos de doença, bem como na saúde, pode-se concluir que o comer é afetado.¹

Através da análise de crianças mais velhas e adultos, percebem-se muito claramente os diversos modos de o apetite tornar-se vinculado à defesa contra a ansiedade e a depressão. Pode-se facilmente inferir, então, que a psicologia dos bebês e das crianças pequenas não é tão simples como poderia parecer à primeira vista, e que uma complexa estrutura mental² poderia ser atribuída mesmo ao recém-nascido.

O primeiro passo para a apreciação da função oral é o reconhecimento do instinto oral. 'Quero sugar, comer, morder. Gosto de sugar, comer, morder. Fico satisfeito depois de sugar, comer, morder.' Em seguida vem a fantasia oral. 'Quando sinto fome, penso em comida. Quando como, penso em engolir a comida. Penso no que gosto de ter dentro, e penso no que gosto de jogar fora, e penso em jogar isso fora.'

Em terceiro lugar vem a vinculação mais sofisticada entre este tema da fantasia oral e o 'mundo interno'. Há uma tremenda elaboração das duas partes da fantasia que acabei de delinear, ou seja, idéias sobre o que se passa dentro da criança e, juntamente com isto, idéias sobre como está o interior da

1 As mães dizem freqüentemente que seus bebês, inibidos quanto ao desejo por comida, mostram-se ansiosos por tomar remédios. Ouvi isto mais de uma vez sobre bebês de menos de um ano, e muitas vezes sobre bebês mais velhos e crianças pequenas.

2 No momento em que isto foi escrito não era comum procurarem-se as causas da doença psicológica nos bebês. Meu ponto de vista era, assim, um tanto original, e bastante perturbador para aqueles analistas que enxergavam apenas angústias de castidade e conflitos de Édipo. Em meus trabalhos posteriores dediquei-me a aprofundar o tema do bebê cujo desenvolvimento emocional pode ser saudável ou distorcido em qualquer idade, mesmo antes do nascimento. No presente (1956), há uma aceitação geral entre os psicanalistas da idéia de que existe uma psicologia do recém-nascido.

Ainda que eu tenha sido sempre influenciado por Melanie Klein, neste ponto específico eu simplesmente segui o caminho que me foi sendo aberto pela cuidadosa anotação de históricos clínicos de um grande número de casos.

fonte do alimento, a saber, o corpo da mãe. 'Penso também no que ocorre com a fonte do alimento. Quando estou com muita fome penso em roubar e até em destruir a fonte de alimentos, e então me sinto mal a respeito do que tenho dentro de mim e penso em maneiras de me livrar disso, tão rápida e completamente quanto possível.'

Esse tipo de fantasia oral pode ser deduzido da observação de bebês e crianças pequenas brincando com um objeto, como espere poder demonstrar.

É esta elaboração sem fim que constitui o 'mundo interno'. O termo 'interno' desta expressão diz respeito primariamente à barreira e, secundariamente, à cabeça e aos membros, e a qualquer parte do corpo. O indivíduo tende a colocar os acontecimentos da fantasia dentro de si e a identificá-los com o que acontece dentro do corpo.

Esse mundo interno é normalmente um mundo vivo de movimentos e sentimentos. É possível mantê-lo inativo, quando temido, e na doença é possível exercer sobre ele um supercontrole, ou então algum de seus elementos pode vir a assumir o controle sobre o indivíduo.

Esta parte da fantasia oral parece-me insuficientemente reconhecida

enquanto tal, e se me ocorre a idéia de reavivá-la ou seu reconhecimento é porque sinto permanentemente a necessidade de compreendê-la enquanto

pediatra. Nenhum caso de cólica infantil, vômito, diarreia, anorexia ou constipação pode ser inteiramente explicado sem referência às fantasias conscientes e inconscientes da criança sobre o interior de seu corpo.

Mesmo que tentemos circunscrever nossa atenção à doença física no interior do corpo, ainda assim precisaremos admitir que nenhum estudo das

reações da criança a uma doença física seria completo sem nos referirmos às fantasias da criança sobre seu interior. Deve parecer muito engraçado para

uma criança descobrir que seu médico sabe muito menos sobre o interior de seu corpo do que ela própria. A maioria dos médicos prefere ater-se à idéia

simples da dor sem conteúdo proveniente da fantasia, mas o fato é que as crianças muitas vezes nos dão uma explicação sobre seu mundo interior

quando lhes perguntarmos sobre o seu mal-estar interno. Uma criança diz

que há uma guerra dentro dela entre espanhóis e ingleses com suas espadas.

Uma outra relata uma fantasia sobre gente miúda sentada em volta de uma

mesa dentro de seu estômago, esperando que a comida seja servida. Um gar-

rotinho de quatro anos disse que pode ouvir os homenzinhos batendo com

seus pratos depois que ele come. Um outro disse que há uma fila de crianças

sentadas numa cerca dentro da mãe, e o nascimento ocorre quando o pai en-

tra e põe um deles para fora com um pé-de-cabra.

Volta e meia ocorre de um artista que pinta um quadro qualquer nos dar uma idéia de seu mundo interno na forma de entranhas. O resultado é horrível para a maioria das pessoas. Elas vêem nacos e pedaços por toda parte, fazendo com que um acongue pareça um alívio. É admirável a coragem de um artista desse tipo, mesmo quando nos incomoda a sua fuga da fantasia para a anatomia.

O incidente que relato a seguir parece-me ilustrar o modo pelo qual a percepção da fantasia sobre o interior da barriga é realizada através do senso de humor.

Caso 1. Uma mãe trouxe o seu filho ao hospital e, ao tentar contar-me que ele tinha uma malformação do pênis (hipospádia), disse: "O médico me disse que ele parecia ter sido circuncidado antes de nascer, e eu fiquei tão assustada, pode acreditar." O menino tinha uma pele excepcionalmente escura, e eu lhe pedi para me explicar se essa cor era recente ou se era o seu natural. Era evidente que ela sempre se sentiu incomodada por essa pigmentação. Fugiu do assunto: era devida ao sol nas férias de verão (o que era obviamente falso) e assim por diante. Por fim ela disse: "Ah, eu me lembro, o menino nasceu assim mesmo, o médico falou que ele parecia um bocado bronzeado". Então eu disse: "Bem, parece que ele passou uma boa temporada aí dentro, nos dois sentidos da palavra."

As fantasias sobre a gravidez encobrem fantasias mais primitivas sobre o verdadeiro interior, e proporcionam alívio para o medo aos elementos destrutivos, a ponto de por vezes ser difícil para uma criança abrir mão delas. Mas de fato, o útero não é o "interior". Os meninos adotam essa defesa tanto quanto as meninas. A mãe fica grávida e a inchação vai lá para baixo e veja só que gracinha de ser humano apareceu dali. E assim a idéia é adotada.

Caso 2. Um menininho foi trazido ao hospital por causa de uma dor na barriga. É frequente me pedirem para examinar crianças que sentem dores ainda não localizadas. Este menino ainda não havia decidido onde sentir a dor, mas ela tinha algo a ver com o seu interior. Na verdade, nem havia decidido ainda ter a dor ou não, mas ele tinha de ter alguma coisa. Ele acreditava que havia um bebê lá dentro. E deve ser um bebê menino. Ele não queria perder o bebê, preferia deixá-lo lá dentro. Tinha algo a ver com o amor pelo papai.

É muito fácil chegar a esse tipo de fantasia emergente, mas não creio que a criança ganhe muita coisa pelo fato de conseguirmos descobri-la. É

1. Pensei nessa hora em certos quadros surrealistas, em alguns dos quais aparecem grossieiras figuras anatómicas.

óbvio que em certos casos seria verdadeiramente prejudicial para a criança ter os seus segredos íntimos violados. Mas o material está espalhado por aí, podendo ser recolhido por quem o quiser.

Éis um outro caso, no qual dei-me ao trabalho de deixar que uma criança me contasse suas fantasias em relação a seu corpo.

Caso 3. Minha assistente pede minha opinião sobre uma menina de sete anos chamada Heather, que desde os dois anos costumava coçar a região genital, provocando feridas e inflamações. Nos últimos tempos ela se coçava apenas na escola, mas os professores reclamaram. Não foram encontradas nem cistite nem infestação de vermes ou qualquer outra doença física. Seria um problema psicológico?

Assseguro-lhe que sim, e concordo em ver a criança e sua mãe tão proibido-ra. Tenho pouco tempo para dedicar a ela, mas é necessário que eu chegue a algum tipo de diagnóstico. Heather me parece uma criança saudável e bonita, gorducha apesar do pouco apetite, nem infeliz, nem irrequieta, bastante séria. Descubro que ela é bem tratada em casa. É filha única de pais agressivamente respeitáveis, que não a deixam ir brincar na rua, e é raro ela ter alguém para brincar. No entanto, na escola Heather tem os seus próprios amigos, e é preciso ir além desses detalhes, por importantes que sejam, para encontrar a causa da fricção compulsiva dos genitais.

Pego a mãe para sair do consultório, e vejo que Heather está ansiosa por contar-me sobre pesadelos, que ela consegue evitar mantendo os olhos abertos. "Eu consigo dormir de olhos abertos", diz ela. É óbvio que ela não tem apenas sonhos ansiosos, mas alucinações visuais, algumas terríveis, outras muito belas. Sua felicidade, diz ela, está em encontrar bastante beleza nas coisas que vê para contrabalançar as coisas ruins. O principal consiste em coisas marrons que ela vê saindo de buracos. Com muita boa vontade, ela me dá detalhes dessas coisas grotescas e feias, e desses bichos esquisitos. Há também uma fada com um fantástico nome: "Ela é muito bonita, quando está comigo fica tudo bem, e ela é muito alta. Seu nome verdadeiro é Heather." A menina parece um tanto surpresa por descobrir a sua própria existência real, sentindo-se mais em casa no mundo das fadas.

Os genitais lhe dão a impressão de estar cheios dessas coisas marrons e grossieiras, e ela vive se coçando para tirá-las dali.

Artisco uma pergunta: "Como é que elas foram parar dentro de você?" "Bem", diz ela, "elas entram em mim com a comida. Sabe, gosto muito de ligado e salistas, e eles são quase sempre marrons." Não é preciso adivinhar para saber que na fantasia inconsciente ela havia comido pessoas boas e más, e pedaços de pessoas, e de acordo com o amor e o ódio envolvidos ela se sentia enriquecida ou optimizada respectivamente por

objetos muitíssimo belos ou terrivelmente grotescos em seu mundo interno. O mundo encantado dos devaneios era fruído ao preço de ter de reconhecer os objetos maus que, do modo como ela os sentia, tinham de ser arrancados para fora dos seus genitais.

O sintoma representa, com efeito, o reconhecimento do que é ruim, e lhe dá o direito de manter-se em contato com a beleza de seu mundo encantado.

Tendo ilustrado o sentido que dou à fantasia oral e à elaboração toda especial sobre o que se passa no interior, apresento a seguir alguns casos bastante comuns, apenas para deixar clara a grande frequência com que as questões do apetite encontram-se presentes na prática pediátrica.

Não é preciso lembrar que o valor de minhas observações depende de minha capacidade de conhecer a ação e os limites da doença física (intecções, subnutrição etc.). Da minha capacidade de ter certeza de que estou dando conta da doença física depende o meu direito de me envolver com o aspecto psicológico. Neste sentido, sugiro que o estudo da psicologia foi prejudicado pela nossa falta de controle sobre as doenças físicas e pela nossa ignorância em matéria de nutrição, fazendo com que antigamente fosse muito mais difícil do que hoje observar fatores psicológicos em si mesmos. Os conhecimentos e a prática da medicina possibilitaram novas condições, e já podemos ter certeza de que em menos da metade dos casos trazidos ao ambulatório do hospital infantil existe realmente alguma doença física. Portanto, fica muito mais difícil atualmente deixar de reconhecer os distúrbios emocionais e as anomalias no desenvolvimento da personalidade.

Por outro lado, a psicanálise também entrou em cena, com sua intenção de explorar e examinar o inconsciente. Assim, gradualmente, chegamos ao estudo da psicologia do bebê e da criança em desenvolvimento.

Casos ilustrativos

Quando me proponho a escolher casos para apresentar, vejo-me em apuros. Ao selecionar casos, posso dar a impressão de estar indicando que os distúrbios do apetite no contexto dos problemas psicológicos merecem ser relatados exatamente por esse motivo, quando na verdade o ponto que desejo enfatizar é o aspecto extremamente comum dessas perturbações do apetite. Deve ser raríssimo encontrarmos a história de uma criança doente — e neste sentido, mesmo de uma criança saudável — onde não há traços de problemas com a alimentação.

Obviamente, em qualquer serviço médico ambulatorial há uma altíssima percentagem de casos em que a criança é trazida exatamente em razão de

uma sub ou superalimentação, ou de uma ampla gama de outros tipos de extravagâncias do apetite. Estamos nos dando conta cada vez mais de que muitas dessas crianças estão fisicamente muito bem, e que, ainda assim, devem estar doentes em seus sentimentos. Existem inclusive muitos tipos de vômito, desde o raro vômito histérico até o comuníssimo ataque de bilis, por vezes organizado (com a ajuda do médico e suas idéias preconcebidas) em vômito cíclico com prostração periódica. E há também todos os tipos de intolerância à gordura, desde a fobia à nata do leite até a doença celíaca, e assim por diante.

Meu objetivo neste momento é o de chamar a atenção para os detalhes da alimentação que tantas vezes são realmente importantes nos casos trazidos por qualquer outro motivo: distúrbios do comportamento, inibição do desempenho intelectual, falhas na formação de hábitos socialmente aceitos, agitação ansiosa comum, fobias, estados ansiosos, fases depressivas etc.

Naturalmente, me é impossível ilustrar todos esses tipos de problemas. As três descrições seguintes referem-se a crianças com voracidade sintomática, mudança da inibição para a compulsão, e voracidade inibida.

Caso 4. Em primeiro lugar torno o caso de uma garota no início da puberdade. Ela tem uma irmã mais velha. Trata-se de problema de caráter. Desde o início ela não deixava sua irmã ter quaisquer amigos. As duas se davam muito bem, mas seu relacionamento era prejudicado, e viria a sê-lo muito mais, pela compulsão da mais nova de roubar de sua irmã qualquer menino ou menina, ou mesmo adulto, que viesse a ter alguma importância para ela. Quando a irmã mais velha tinha entre seis e oito anos, essa tendência da menor — ainda aprendendo a andar — divertia a todos em volta, mas aos poucos a situação tornou-se ameaçadora para essa parceria que, por outro lado, não poderia ser desfeita sem causar danos a ambas.

Não surpreende que a voracidade da menina não diga respeito apenas a pessoas. Ela também come demais, claramente por defesa contra a ansiedade, e em certas épocas fica doentamente gorda. Toda tentativa de impor-lhe uma dieta provoca agitação e hostilidade temperamental, que contrasta intensamente com o que parece ser o seu eu normal.

A irmã tem, por sua vez, a tendência a ser completamente ascética. E do tipo depressivo, o que a faz contrastar com a irmã, voraz e impulsiva, e passa por fases de falta de apetite, deixando sempre uma parte do que lhe oferece.

Caso 5. O caso seguinte resume a história de um menino que passou inteiramente da inibição à voracidade. Tem, com quinze anos, está ameaçado de ser expulso da escola secundária em razão de seu caráter insuportável. Ao primei-

ro contato parece um garoto excepcionalmente decente, com uma pose e uma vivacidade que só depõem a seu favor. Seu QI foi avaliado em 120, e ele conversava inteligentemente. Tem um irmão e uma irmã menores.

Tom mudou de caráter quando foi para a escola secundária aos treze anos. Durante a fase anterior era muito querido, bastante hospitaleiro e franco.

Na escola secundária tornou-se definitivamente um problema. Eis um exemplo das anotações do diretor: "Em primeiro lugar, extraordinariamente destruidor e sujo. Destruidor da mobília (fura as cadeiras). Desatenção em aula e incapaz de se concentrar. Tem problemas com vários professores, e os castigos não têm efeito sobre ele. O diretor sente já ter esgotado os meios punitivos não responde bem nem à compreensão nem aos castigos normais."

Resumindo uma longa história, Tom sofre de dificuldades de caráter que surgiram desde que ele deixou a escola preparatória. Os pais contam que desde então seu rosto foi passando de excessivamente franco a imprevisível e enganador, e também que certa vez ele armou uma orgia de destruição com uma faca em seu quarto, do qual antes ele sempre gostara.

O ponto que nos interessa aqui é o de que essa mudança de caráter foi ao mesmo tempo a mudança de uma inibição da voracidade para um comportamento voraz. Na época da mudança começou a engordar, quando sempre fora magro, e passou a ter um apetite mais do que saudável, com uma certa compulsação a comer demais.

O apetite atual pode passar por normal, mas apresenta um contraste marcante com sua atitude anterior em relação à comida, desde a primeira infância até o final da escola preparatória. Ele nunca se interessara por comida, e já-mais poderia ser subornado dessa maneira.

O início desta história de dificuldades com a alimentação está num problema ocorrido aos três meses de idade, quando ele mamava ao seio, período ao qual se seguiram seis meses de alimentação complicada acompanhada de conspensão secundária. Aos nove meses o bebê pesava apenas quatro quilos. Dessa época em diante ele se desenvolveu bastante bem, mas tinha pouco desejo por comida, e seu corpo manteve-se pequeno. É possível dizer, portanto, que a doença desse menino começou aos três meses.

Uma enfermeira que o atendeu aos três anos de idade conta que o conheceu sendo alimentado às colheradas por todos os membros da família, em turnos, sendo essa a única maneira de fazê-lo comer o suficiente.

Como são conhecidas, na pediatria, essas histórias sobre dificuldades na amamentação de bebês, augurando futuros problemas!

A importância desse caso, ainda que descrito tão brevemente, está no fato de ele mostrar que a inibição do apetite serviu a esse menino como defe-

sa contra a ansiedade por 10 ou 12 anos. Por meio de seus sintomas, ele conseguiu tornar-se um ser social mais ou menos amado, pois podia arranjar-se quase sem comida. No entanto, sem uma confiança na bondade própria e alheia ele não conseguiria desenvolver uma vida plena. Ao menos não poderia viver e manter a sanidade.

Gostaria agora de chamar a atenção para a idade extremamente precoce em que um ser humano pode tentar resolver o problema da desconfiança, tornando-se incapaz de confiar no alimento. É quase impossível compreender os primeiros meses da infância, mas é certo que por volta dos nove ou dez meses de idade esse mecanismo (isto é, a utilização da dúvida quanto à comida para esconder a dúvida sobre o amor) já pode ser empregado por inteiro.

No caso a seguir apresento os detalhes do modo como eles surgiram durante a consulta. Ao final da minha descrição, aparece o tema do distúrbio do apetite.

Caso 6. Simon me é trazido com oito anos. Com ele vem seu irmão Bill, um garoto robusto e saudável cuja compleição faz um forte contraste com o físico múdo e "elétrico" de Simon. Estes são os dois únicos filhos de um profissional liberal e sua esposa. Os dois amam a si próprios, um ao outro, a sua família e a sua posição social, e estão naturalmente preocupados com o desenvolvimento insatisfatório de um dos filhos e com seus outros sintomas: falta de apetite, nervos muitíssimo "retesados", pesadelos e outras características importantes que a mãe vai aos poucos relembrando enquanto dura a minha paciente pesquisa de anamnese.

Simon é, sem dúvida, um menino muitíssimo inteligente, e vai razoavelmente bem na escola. O fato é que ele aprendeu a ler seis meses antes que a escola soubesse disso, e de vários outros modos ele não faz justiça a si mesmo em termos de desempenho intelectual.

Sua capacidade de concentração é pequena. Na escola dizem que seu cérebro é hiperativo, tendo mil idéias ao mesmo tempo. Enquanto aprende a andar de bicicleta, ele observa um avião. Primeiro ele faz e depois pensa, se é que pensa. Ele é honesto, generoso, afetivo, sensível. Seus pais discordam apenas numa coisa, se seria melhor forçá-lo a se tornar normal por medidas drásticas, ou agir com indulgência e aguardar com calma.

É lento ao fazer as coisas, mas quando quer é rapidíssimo, pois o estar alerta faz parte de sua natureza. Por exemplo, o ato de vestir-se demora muito, a menos que ele esteja em meio a um grupo e resolva se vestir mais rápido que os outros. Ao ar-

1 Winnicott diz "para esconder", mas ele próprio, posteriormente, com certeza empregaria "para expressar", N.T.

rumar suas coisas, é incrivelmente lento. Sua mãe, que não tem empregada, prefere ritar arrumar a sua bagunça ela mesma, mas muitas vezes lhe parece importante insistir para que ele arrume seus brinquedos sozinho. Ele tira vinte livros da estante para achar um, mas a idéia de colocar de volta os outros dezoito nunca lhe ocorre. Ele diz: 'Por que eu deveria?', e realmente não parece compreender.

Ele adora e admira seu irmão, mas é capaz de sentir um ciúme bastante comum em relação a ele. Por exemplo, se Bill está doente, Simon solicita muito mais ajuda para qualquer coisa, até que o irmão recupere a saúde.

Suas brincadeiras parecem bastante normais à primeira vista, mas não são muito criativas. Ele sempre brinca de navios e marinheiros e construções, e lê sobre conhecimentos gerais, plantas e animais e grandes feitos da humanidade. Ou seja, tanto ao brincar quanto nas leituras podemos perceber uma certa fuga da fantasia para a realidade, ainda que a uma realidade um tanto romântica. A mãe me parece ter medo de fantasias.

Evidências diretas de medo à fantasia não faltam — ouviram-no dizer certa noite, em suas orações: "Deus, não deixe que eu tenha pesadelos." Os pesadelos são principalmente com animais, e durante o dia ele gosta muito de animais. Através do tratamento analítico, sabemos que a ansiedade em relação a animais refere-se frequentemente a animais que mordem, e o fato é que os animais entram em cena como um alívio, pois na forma mais primitiva da ansiedade há apenas bocas, bocas ameaçadoras. Animais podem ser domados, mas bocas, não.

A ausência de medo no menino deve ser vista, assim creio, como um sintoma, especialmente por tê-lo posto em perigo. Três graves acidentes já lhe aconteceram, e ele de algum modo contribuiu para que acontecessem. Certa vez, em pequeno, enfiou uma vareta no olho. Um pouco mais tarde meteu-se com o mecanismo de uma máquina de costura, e num terceiro momento sofreu uma queda feia e precisou levar pontos no couro cabeludo.

O mais notável a seu respeito é que ele já sabia o que gostaria de ser quando crescesse desde um ano de idade. De fato, já nessa época ele começou a ter a ambição de voar. Nessa idade ele saía voando de cima de uma mesa sem medo algum, podendo em perigo os seus membros e a sua vida. Sempre acreditou que poderia voar como um pássaro e, mesmo antes de aprender a nadar, mergulhava de uma boa altura sem medo algum. Os pais não fizeram qualquer tentativa de estimulá-lo a ser corajoso, e na verdade eles próprios viam em suas bravatas um sintoma desde a época em que ele se imaginava um passarinho, com um ano de idade.

Há pouco tempo ele fez uma viagem de avião e assim o impulso de voar foi do mesmo modo transformado-se na ambição de se tornar aviador, coisa pela qual ele mal aguenta esperar. Dessa maneira, seu sintoma metamorfoseou-se numa vocação. A meu ver, trata-se de um tipo muitíssimo instável de 'normalidade'.

Os pais têm sentido muita ansiedade em relação a essa falta de medos comuns e necessários no filho, e estão conscientes de que essa relativa ausência de um sentido de realidade torna a sua vida bastante precária.

Teoricamente, sabemos que a ansiedade não deve estar ausente neste caso. Porém, determinamos formular as coisas de um modo simples demais e dizer que ele tem medo de ter medo. Mas há certos mecanismos mais complexos atuando aí, tornando impossível, por falta de espaço, apresentar um relato mais claro de seu estado psicológico. Seria possível dizer que ele vive dentro de seu mundo interno, onde o controle é mágico, e que ele tem tanta intenção de morrer voando de cima da mesa quanto as pessoas comuns que voam em seus sonhos.

É interessante notar que, embora me houvessem dito que ele *jamaiz* demonstrou medo de coisa alguma, a mãe se lembrou de que entre um mês e meio e dois meses de idade ele ficava tão aterrorizado com o farfalhar produzido por papel, que era impossível desembrulhar um pacote no mesmo quarto em que ele se encontrava. Ele berrava: simplesmente não conseguia suportar esse ruído. A mãe sentiu naquela época que a intensidade de seu medo não era normal, e fez com que fossem tomadas todas as providências para evitar a repetição do trauma.

Enquanto descrevo a sua infância inicial, gostaria de mencionar que ele desde cedo demonstrava gostar ou não gostar de certas pessoas, sendo esta uma de suas características mais marcantes. Por exemplo, embora gostasse da maioria das pessoas que havia ao seu redor, odiava uma empregada que foi trabalhar em sua casa quando ele estava com quatro meses, e isso não mudou até que ela deixou de trabalhar lá, quando tinha um ano e quatro meses. Ele simplesmente gostava ou não gostava de pessoas, sem nenhuma justificativa do ponto de vista do observador. Sua maneira de separar o mundo em 'gostado' e 'detestado' sempre foi mais subjetiva que objetiva.

Simon é considerado um menino feliz, tanto quanto seu irmão, mas logo nos damos conta de que essa felicidade tem algo de irreal. Ele é irrequieto, e necessita sempre de uma nova distração, ou uma mudança. Sua elevadíssima tensão fica ainda mais óbvia em contraste com o temperamento placido de seu irmão Bill.

Aos dois anos descobriram que ele era canhoto, e não interferiram.

Simon fala muito. É possível dizer que ele fala o tempo todo, a não ser quando está lendo. Recentemente começou a roer as unhas, e também a grunhir compulsivamente enquanto está lendo, ou sentando, ou comendo, e assim por diante. Quando ele em voz alta na escola, ele por vezes faz esses ruídos, ou então levanta as mãos até o rosto de modo compulsivo.

Uma de suas características pode ser melhor descrita através de exemplos. Se você se zanga com ele e diz: 'Simon, vá para a cama mais cedo', ele responde: 'Que bom, estou cansado mesmo', e vai para o quarto como quem ganhou um prêmio. Ou se você diz: 'Hoje não tem chocolate', ele reage: 'Isso é bom, porque não estou me sentindo bem hoje', e novamente você fracassou em passar-lhe a idéia de um castigo.

É preciso dizer ainda que Simon era uma criança incrivelmente suja e molhada até os dezesete meses. Recusou-se a usar o penico desde o momento em que se tornou capaz de recusar alguma coisa, e quando cresceu o bastante passou a fazer as necessidades no chão. Sua mãe não fez qualquer tentativa de modificar a situação por meio de medidas especiais. Um dia ele próprio disse: 'Ah, que menino sujo', e nunca mais se sujou.

Até há pouco tempo Simon sujava tudo na hora das refeições. Este é um sintoma com que muita gente se surpreende, por desaparecer por completo em ocasiões especiais. Recentemente ele passou um tempo fora e comeu como uma criança normal, não espalhou nem uma migalha, nem mesmo manchou a gravata. Mas uma vez em casa voltou a sujar tudo como sempre. Quando lhe é dito que ele não irá a uma festa por causa de seus modos à mesa, diz: 'Ora, mas eu não vou sujar nada se eu estiver numa festa', e não percebe o quanto isso é ilógico do ponto de vista de sua mãe.

A mãe disse: 'Vem gente almoçar no domingo e você pode sentar na outra mesa'. Ele respondeu: 'Não vou sujar nada no domingo', e não suja. E ela comenta: 'Mas tornou-se irritável, e eu fiquei contente quando ele voltou a fazer bagunça e a ser mais carinhoso.'

Ele tem um amigo muito chato, ao qual detesta e despreza. Quando lhe perguntaram o que achou da visita à casa do amigo, disse: 'Tomei um último chá, como quem diz: "Ele não me importa, eu poderia devorá-lo sem nenhum remorso." Isto ilustra o modo como o sintoma, a inibição da voracidade, que de fato chegou a prejudicar a sua compleição física, é parte de sua relação com as pessoas de seu mundo interno e externo, sendo que nem sempre ele consegue distinguir um do outro.

No caso de Simon podemos ver novamente a grande importância da inibição da voracidade, que aqui surgiu a partir do desmame. Da mesma maneira como, desde o início, a atitude em relação à comida é uma atitude em relação a uma pessoa, a mãe; mais tarde os sintomas da alimentação variam de acordo com o relacionamento da criança com as diversas pessoas.

Exemplos de adultos

Embora eu esteja aqui relatando casos de crianças, os mesmos elementos podem ser encontrados nas histórias de adultos. Eis um exemplo:

Caso 7. Um casal me procura em razão de dificuldades conjugais. Em meio a um grande número de detalhes importantes, encontro os seguintes: 'Os homens detestam bebês da mesma forma como outras pessoas detestam gatos e se sentem mal quando um gato entra no quarto.' Isto ele próprio o disse. Sua reação à gravidez de sua esposa foi a de tornar-se hostil, e somente veio a gostar da criança, um menino, depois de vários anos. Para ele teria sido mais fácil aceitar uma menina. Em relação a este ponto, em sua própria família havia um outro filho, um menino

Outra característica: Quando se pede alguma ajuda a Bill, ele faz o que se pede com toda a boa vontade. Simon não espera que lhe peçam: advinha o que você precisa, pergunta se pode fazer o que for necessário, mas em menos de um minuto já perdeu de vista a história toda e você o encontrará fazendo outra coisa qualquer. Há um ano ele passou um tempo sem ir à escola em razão de uma inibição. Quando era forçado a ir, vomitava. Acreditou que o vômito representava originalmente a necessidade de livrar-se de coisas ruins, mas ele logo passou a utilizar o vômito para assumir o controle sobre sua mãe. Era-lhe muito fácil fazer-se doente. A mãe podia apenas ameaçar colocá-lo na cama e observar as consequências. Um dia ela o levou até a escola e deixou que passasse mal lá mesmo, e dali em diante ele voltou a frequentar as aulas.

Agora vou abordar a questão dos *distúrbios do apetite*. O sintoma mais consistente do menino era o da ausência de um desejo comum por comida. Pode-se dizer que ele jamais havia sido voraz. Não há comida de que ele realmente goste, nada que pudesse ser-lhe dado com a intenção de agradar. Ele come chocolate mas logo o esquece, e prefere sempre brincar a comer. O apetite de seu irmão é normal para a sua idade, e muitas vezes é muito grande. 'Num pi-que-nique Bill come até não agüentar mais, mas Simon come um sanduíche e só começa o segundo depois de muita insistência.' Seus interesses estão em outro lugar.

Desde a infância os irmãos contrastavam um com o outro, e do ponto de vista da mãe 'isso é estranho, porque desde o início nosso Simon teve um começo tão bom, enquanto o Bill, que agora é mais calmo e geralmente normal, teve um começo mais difícil', o que me permite chegar à declaração mais importante da mãe, de que Simon era 'absolutamente normal até o desmame, aos 9 meses'. (Obviamente pelo fatiar do papel, por exemplo.) Simon gostava de mamar e teve um bom desenvolvimento físico-mental, não dando qualquer trabalho até o desmame. Ele não se importou quando, por dois meses, foram acrescentados outros alimentos e o peito foi dado com menos frequência, mas quando o peito foi retirado ele mudou e nunca mais voltou ao que era. Esta é uma história conhecida por todos os que lidam com crianças. O desmame é um dos momentos críticos de toda infância. De modo que a condição de Simon poderia ser chamada de inibição da voracidade, secundária ao trauma do desmame, que por sua vez foi secundário a uma ansiedade precoce de intensidade e características psicológicas. Acrescento algumas notas esparsas: quando Simon tinha 18 meses, ele e sua mãe foram passar algum tempo na casa da tia, um lar não muito feliz, mal administrado e pouco prático. Seu próprio lar era bastante feliz, e a rochua era reverenciada. Ele reagiu muito mal à demora da comida (sua primeira experiência desse tipo) e começou a gaguejar e a roer as unhas. A gagueira desapareceu quando voltaram para casa, mas o hábito de roer as unhas permaneceu, embora nunca com a mesma intensidade que naquelas férias.

que nasceu quando ele tinha dois ou três anos de idade. Há várias evidências de que ele jamais lidou de modo adequado com o nascimento desse irmão, e que para ele o nascimento de seu próprio filho foi uma repetição desse acontecimento. Isto faz com que o início da sua doença (depressão paranoide) seja localizado na época em que ele aprendia a andar.

Sua atitude atual em relação à comida permite entender como ele era quando bebê. Ele é vegetariano, e acha que é forçado a comer carne por uma mulher que não o entende. Volta e meia faz com que sua mulher o obrigue a comer o que ele acha que não tem vontade. E fica furioso, é óbvio, se ela se mostra indiferente e não o obriga. E na hora das refeições que ele se comporta de modo esquisito. Se a empregada esqueceu de colocar uma cadeira para ele, ele come em pé, fazendo um 'digno protesto' sem qualquer senso de humor — e isso na frente do filho pequeno.

Não há confirmação por parte de sua mãe de que essas atitudes em relação à comida sejam uma repetição de suas atitudes na infância.

Sua voracidade, inibida desde a infância, volta e meia ressurgiu na forma de atos

vorazes sintomáticos, que deixam mal tanto a ele próprio quanto a sua mulher. Por exemplo, seu filho teve um quadro grave de sarampo, e foi-lhe prescrita uma dieta à base de leite. Foi providenciado um leite especial para ele. Meu paciente, o pai do menino, bebia em segredo o leite especial, e o substitua por leite comum. Quando seu filho era bebê, sofreu de subnutrição, e ele ia em segredo aguar o leite. Sempre pegava para si o melhor pedaço de bolo, o melhor doce, o melhor de tudo que tivesse a ver com comida ou bebida, sendo-lhe impossível evitar a compulsão de ter a melhor porção.

O que falta nele é a voracidade normal, que pode ser aceita pelo eu e que proporciona tanto alívio para a tensão instintiva.

Os Pacientes do Ambulatório

Nos seis casos seguintes, que descreverei de modo muito resumido, darei apenas os detalhes que me pareçam necessários para uma impressão geral do grande espetáculo.

Em primeiro lugar, gostaria de contar o que faz um bebê quando está sentado no colo da mãe, tendo o canto da mesa entre eles e mim.

Uma criança de um ano de idade comporta-se da seguinte maneira: ela vê a espátula e logo põe a mão sobre ela, mas provavelmente retira o seu interesse por duas ou três vezes antes de pegá-la realmente, tudo isto ao mesmo

1 Em meu consultório sempre houve uma tigela metálica cheia de espátulas esterilizadas, objetos prateados brilhantes, colocados de pé dentro dela.

tempo que olha para mim e para a mãe, avaliando a nossa atitude. Mais cedo ou mais tarde ela a pega e a põe na boca. Agora ela está desfrutando de sua nova aquisição, e ao mesmo tempo chuta e agita o corpo ativamente. Ainda não é hora de tirá-la dela. Logo ela deixa a espátula cair no chão, no que a primeira vista parece um acontecimento casual. Mas quando ela lhe é devolvida da repete o erro, e por fim joga-a no chão, com toda a intenção de fazê-la cair. Olha para ela, e muitas vezes o barulho de seu contato com o chão torna-se um novo divertimento. Ela gostará de jogá-la no chão várias vezes, se eu lhe der a oportunidade. Agora quer descer até o chão para ali ficar com ela.

De um modo geral é possível dizer que os desvios desse comportamento mediano indicam um desvio em relação ao desenvolvimento normal, e muitas vezes é possível correlacionar tais desvios com o restante do material clínico. Há, obviamente, diferenças devidas à idade. Crianças com mais de um ano tendem a encurtar o processo de incorporação (colocar a espátula na boca) e mostram-se mais interessadas nas diversas maneiras de brincar com ela.

Caso 8. Um bebê de aparência extremamente saudável é trazido ao consultório por sua mãe três meses após a última consulta. O bebê, Philip, tem agora onze meses, e hoje ele me faz a sua quarta visita. Sua fase difícil já passou, e agora está muito bem tanto física quanto emocionalmente.

Nenhuma espátula é oferecida, de modo que ele agarra a tigela, mas sua mãe o impede. O fato é que ele imediatamente estende a mão para pegar algo, lembrando-se de suas visitas anteriores.

Coloco uma espátula à sua frente, e no momento em que ele a pega sua mãe diz: 'Ele vai fazer mais barulho do que fez na última vez', e ela está certa. As mães muitas vezes contam com precisão o que o bebê irá fazer, mostrando — no caso de que alguém duvidasse — que o quadro visto no ambulatório não é dissociado da vida. Como era de se esperar, a espátula vai para a boca, e logo ele a está usando para martelar a mesa ou a tigela. Então, pega a tigela, e com ela dá muitas pancadas. Durante todo esse tempo fica olhando para mim, e não posso deixar de perceber que estou envolvido. De algum modo, está expressando sua atitude em relação a mim. Outras mães com seus bebês estão sentadas a alguns metros atrás desta mãe, e o estado de espírito de toda a sala é determinado pelo estado de espírito do bebê que estou examinando. Uma das outras mães diz: 'Ele é o ferreiro da aldeia.' O bebê parece gostar de fazer tanto sucesso, e acrescenta à sua brincadeira um elemento de exibição. Logo leva a espátula em direção à minha boca de um modo muito suave, e gosta muito quando eu entro no jogo e finjo comê-la, sem realmente a tocar: ele entende perfeitamente se eu apenas mostro que estou brincando. Ele a oferece também para a sua mãe, e depois, num gesto de magnanimidade, volta-se e a oferece magicamente à audiência que ali se encontra. Em seguida retorna à tigela, e as marteladas recommçam.

na direção do que a elas parece algo ligado à masturbação. O garotinho se percebe em meio a um grupo no qual ninguém lhe dá o apoio de que ele tão desesperadamente necessita. Ai o temos no chão, jogando a espátula para longe, contorcendo-se à sua esquisita maneira e sortindo de um modo que indica uma tentativa desesperada de negar a sua miséria e seu sentimento de rejeição. E de se notar como essa criança constrói um ambiente anormal para si mesma.

Não posso fornecer detalhes de seu desenvolvimento, exceto o fato de que há muito tempo ele apresenta incontinência fecal, muitas vezes evacuando logo após a refeição. E também que, a partir de um ano de idade, seis meses atrás, ele começou a apresentar os dois sintomas mencionados, a compulsão de apertar a virilha e a de jogar no chão qualquer coisa que lhe caia nas mãos.

Não seria razoável sugerir que haja algum tipo de conexão entre sua defecação pós-prandial e o impulso de jogar as coisas no chão, especialmente se levarmos em conta que a expertise psicanalítica nos colocou em contato justamente com esse tipo de ligação entre o físico e o psicológico?

Obviamente, a evacuação após as refeições ocorre volta e meia a qual-quer bebê, sendo a sua importância enquanto sintoma apenas uma questão de grau.

Este caso ilustra a relação que se pode encontrar entre fenômenos físicos e psicológicos, e a relativa pobreza do mundo interno que pode se seguir à inibição das fantasias orais e à consequente ausência de prazer na retenção seja do que for.

Não tenho a intenção de discutir aqui a questão ao mesmo tempo importante e interessante da causa dessa ansiedade relativa a objetos psicológicos-mente incorporados ou fisicamente ingeridos, exceto para assinalar que a mesma implica em fantasias sobre o interior. A maior parte dessas fantasias jamais chega à consciência, e o que era consciente acaba sendo reprimido. Ou então ocorre de a fantasia ser preservada, mas o vínculo entre ela e a experiência funcional se perde.

Neste menino ocorre uma negação do mundo interno que afeta seus relacionamentos externos, e em paralelo acontece a exploração das sensações físicas, movida pela ansiedade. Mas não se trata de sensações orais, ou seja, ele segura o pênis e aperta a virilha enquanto sua curiosidade bucal permanece adormecida.

Vejamos agora o caso de um menino cuja atitude em relação ao que lhe é oferecido mudou com o tempo.

Caso 10. Norman tem dois anos de idade. Sua mãe já o havia trazido três vezes antes desta visita, e hoje ela vem simplesmente porque eu lhe pedi que viesse após

Alguns meses depois ele se comunica à sua maneira com um dos bebês do outro lado da sala, escolhendo-o entre uns oito adultos e crianças ali presentes. Todo o mundo está agora num ótimo humor, e a clínica está indo muito bem.

Sua mãe deixa que desça ao chão, e então ele pega a espátula que havia caído e brinca com ela, e gradativamente vai se voltando em direção à outra pessoa com quem ele se havia comunicado através de tantos ruídos.

Pode-se notar o quanto está interessado não só em sua própria boca, mas também na minhã e na de sua mãe, e tenho a impressão de que ele acha que alimentou a todos os que estão por ali. Ele o fez por meio da espátula, mas não o teria podido fazer se não sentisse que a incorporou, do modo com descrevi anteriormente.

É a isto que algumas vezes chamamos de "possuir um seio bom internalizado", ou simplesmente "confiar num relacionamento com o seio bom com base na experiência".

O ponto que gostaria de enfatizar é: no momento em que, em termos físicos, o bebê pega a espátula para si e brinca com ela e a deixa cair, ao mesmo tempo ele fisicamente a incorpora, a possui e depois livra-se dessa ideia.

O que ele faz com a espátula (ou com qualquer outra coisa) entre o tomar e o deixar cair é um filme sobre o pequenino pedaço de seu mundo interno que no momento se relaciona comigo e com sua mãe, e disto é possível supor inúmeras coisas sobre as experiências de seu mundo interno em outros momentos e em relação a outras pessoas e coisas.

Ao classificarmos uma série de casos, é possível utilizar uma escala: No extremo normal da escala encontramos o brincar, uma simples e prazerosa dramatização da vida do mundo interno. No extremo anormal da escala, o brincar contém uma negação do mundo interno, sendo esse brincar sempre compulsivo, excitado, impulsionado pela ansiedade, e mais interessado na exploração de sensações do que simplesmente feliz.

Caso 9. O menino seguinte, David, está com dezito meses, e seu comporta-

mento tem uma característica muito especial.

Sua mãe o traz e o põe sentado em seu colo perto da mesa, e ele rapidamente avança para a espátula que eu havia colocado dentro do seu alcance. Sua mãe sabe o que ele irá fazer, pois isto faz parte do que há de errado com ele. Ela diz: "Ele vai jogá-la no chão." Ele pega a espátula e logo a joga ao chão. Esse mesmo movimento é repetido com tudo o que suas mãos alcança. O primeiro estágio, da aproximação tímida, e o segundo, de colocar na boca, estão ausentes. Trata-se de um sintoma que já conhecemos muito bem, mas neste caso o sintoma apresenta um grau patológico, e a mãe está certa em trazê-lo para ser examinado. Ela o deixa ir atrás do objeto, no chão, e ele então o levanta e o deixa cair, a seguir sorri, numa tentativa artificial de ver-se apoiado, e enquanto isso contorce-se numa posição em que seus antebraços fazem pressão sobre a virilha. Ele olha em volta, esperançoso, mas as outras mães ali presentes tratam de distrair seus filhos, para que não olhem

as férias do verão. O menino está muito melhor, perdeu seus medos, e passou a aceitar com prazer quase qualquer alimento que ela lhe oferece.

Ele havia passado por uma fase difícil em seu desenvolvimento emocional, e recuperou-se sem qualquer tratamento de minha parte, exceto pelo modo como o caso foi administrado e pelo fato de eu ter compartilhado a responsabilidade junto com a mãe.

Com um ano e sete meses ele começou a emagrecer, e ao longo dos meses seguintes sofreu muitas quedas. Seu sono tornou-se mais difícil, e ele passou a acordar mais cedo. Um dos sintomas mais marcantes foi o fato de que, aos dezoito meses, deixou de ser a criança confiante que era até então e passou a evitar pessoas novas — inclusive a mãe de sua mãe, em quem ele antes confiava inteiramente. Aceitava facilmente a comida, se esta era dada pela mãe, mas desse momento em diante passou a suspeitar de todo alimento novo, mesmo se fosse oferecido por ela.

Enquanto durou essa fase ele chorava quando eu o examinava, apesar das minhas técnicas de aproximação. Quando coloquei a espátula na mesa ao alcance de sua mão, virou o rosto para a mãe e não olhou mais para o objeto. Quando lhe ofereci um carrinho de papéis ele não o pegou, e sua mãe disse: 'Eu sabia que ele não pegaria nada, não nesse estado em que ele está.'

O quadro clínico continuou o mesmo por um mês, mas na visita de agora a mãe relata a volta à normalidade em todos os aspectos. Ele agora dorme bem e está mais confiante. Comigo ele se relaciona de um modo bastante feliz, e quando lhe ofereço um carrinho de papéis ele praticamente o arranca de minha mão, fica muito contente, e põe-se a explorá-lo quando é levado embora.

Podemos perceber como, durante o período mencionado, a atitude do menino em relação à comida ficou perturbada, assim como sua reação ao carrinho. A mãe disse: 'Eu sabia que ele não aceitaria nada de ninguém, não nesse estado em que ele se encontra.' Mas quando se recuperou, agarrou minha oferta e passou a investigá-la com muito prazer, como faria qualquer outra criança.

Caso 11. Eis aqui um menino de dois anos, inibido em seu comportamento em relação à comida. Ele nunca foi voraz, nem mesmo medianamente. Nunca gostou de alimentos sólidos, nem de comer sozinho. Fica deitado, acordado, por muito tempo. Brinca de modo pouco criativo, pobre, sem muitas fantasias. Em geral brinca com o martelo e os pregos do pai, ou cava no jardim. Aos dezoito meses teve uma fase em que comia lama, coisa que sua mãe precisou ensinar-lhe a não fazer. Se é minha intenção descrever uma criança pequena, tenho que mostrar algo relativo a seus interesses orais. Comigo ele adota uma postura inteiramente neutra. Sua atitude em relação à espátula dá uma pista sobre os seus sentimentos. Minhas anotações registram o seguinte: Ele vê a espátula, mas a deixa de lado. Toca-a como que "por acaso", enquanto brinca com os movimentos da mão. Nes-

se momento ele se volta para o outro lado. Subitamente retorna a ela, olha para mim interrogativamente, para avaliar a minha reação, e rapidamente desvia o rosto e bate nas coxas. Olha para o objeto e faz um forte ruído de sucção com a boca. Por um longo tempo mordisca a aba superior do seu colêre e então, em consequência de algo que ele viu em mim, refugia-se no peito de sua mãe. Remexe-se. Agora ele pega a espátula em sua mão num movimento rápido, e imediatamente bate com ela na mesa e a deixa deitada ali (antes ela estava em pé). Como que alarmado pelo que havia feito, ele a evita, aparentemente em definitivo, mas algum tempo depois volta a tocá-la com um gesto ansioso.

Eis, portanto, o quadro de um conflito em que estão envolvidos o instinto e a fantasia de natureza oral.

Muita coisa está implícita nestas descrições tão simples, e estou ciente de que Anna Freud vem fazendo esse tipo de observação já há alguns anos. Ela chamou minha atenção para o fato de que há uma interessante falta de correlação *direta* entre a inibição de pegar e levar à boca e a inibição da alimentação propriamente dita, e quanto a isto concordo com ela plenamente. A relação é de fato indireta, e sem dúvida deve constituir, por suas características inesperadas, um repositório de elementos de importância teórica.

Assim, é possível que um menino leve coisas à boca quando está em casa junto à sua mãe, e não o faça quando se trata da minha espátula. Minha presença faz surgir uma ligação com o relacionamento entre o menino e o pai, que no momento da consulta talvez atravessasse uma fase difícil. Essa fase pode estar marcada por sintomas tais como vômito ou constipação, ou outra disfunção séria a ponto de fazer com que o menino seja trazido ao hospital.

A entrada em cena do pai é ilustrada pelo incidente a seguir:

Caso 12. Um menino de quatorze meses estava sendo alimentado pela primeira vez por seu pai, que lhe deu peixe. A mãe reagiu a isto neuroticamente, sentindo um momentâneo ciúme, e disse ao marido: 'Não lhe dê peixe. Vai fazer-lhe mal.' Naquela noite o menino vomitou, e em seguida desenvolveu uma interessante febre que durou algumas semanas. Ele passou a detestar peixe, e também ovos e bananas.

Por contraste, vejamos o que faz o menino seguinte quando vem me ver:

Caso 13. Lawrence é o primeiro e único filho, e tem dois anos e nove meses. Parece saudável. Foi amamentado ao seio nos primeiros seis meses, e a seguir foi desmamado num único dia, mas aceitou bem o leite na mamadeira. Passou com facilidade para os alimentos sólidos, aprendeu a comer sozinho, e sempre foi uma criança agradável e de bom apetite. Não tem problemas com a alimentação, e consequentemente é gordinho e de ótima aparência.

De pé sobre os joelhos da mãe, Lawrence fica um pouco mais alto que eu e falando alto sem parar, com uma fala hesitante que faz parte da técnica de domínio. Ele se abaixa para pegar a espátula, pega-a e a torna sua, e então a coloca numa tigela que está por perto e que contém muitas espátulas, empurra a tigela para longe e diz: 'Bigado.' Tiro uma outra espátula da tigela e a ponho sobre a mesa, e seu interesse rapidamente se renova. Ele tira tudo de dentro da tigela, sofreiramente, e diz: 'Estou bincando de tenezinhos.' (Sua mãe diz que é isto que em geral acontece durante os momentos que ele passa acordado, à noite.) Ele monta uma procissão de espátulas aos pares, faz o que chama de ponte, e as reagrupa de vários modos possíveis. Os trens se movem, se encontram, juntam-se, separam-se, passam dentro de túneis, sobre pontes, e de vez em quando colidem. A fantasia diz respeito à cena primária. Se estivéssemos tentando compreender a ansiedade que perturba o seu sono, faz com que ele gagueje e dá colorido ao seu brincar, eu diria que esses detalhes seriam de importância vital. Ele se diverte muito, e em casa é sempre possível deixá-lo brincando sozinho. Eu toco numa espátula e ele diz: 'Não toca, por favor', indicando a aguda necessidade de controle pessoal sobre o que poderia de um momento para outro transformar-se numa catástrofe mundial. Para manter o controle, ele deve dominar.

Aqui não há inibição do apetite mas ansiedades especiais com as quais ele precisa lidar, ansiedades quanto ao relacionamento entre os pais em termos das fantasias do menino.

Ào brincar com as espátulas, Lawrence revela a natureza de suas fantasias. São estas mesmas fantasias que, *no nascedouro*, são administradas pelas inibições do apetite e que apareceram com tanta frequência nos outros casos que descrevi. A inibição indica uma pobreza da experiência instintiva, ou do desenvolvimento do mundo interno, e a consequente ausência relativa de ansiedade normal a respeito dos objetos internos e dos relacionamentos.¹

Sumário

Em todos os tipos de casos psiquiátricos podem ser encontradas perturbações do apetite, as quais podem estar entrelaçadas aos outros sintomas.

O contato clínico direto com bebês proporciona uma rica oportunidade para a observação e a terapia, e para a aplicação de princípios aprendidos ao longo da análise de crianças e adultos.

¹ Para uma discussão mais profunda desse tipo de observação, ver o Cap. IV.

A teoria da doença psiquiátrica deve ser modificada a fim de permitir o reconhecimento de que em muitos casos a história de uma anormalidade inicial-se nos primeiros meses de vida, ou mesmo nas primeiras semanas.

bebê através da minha expressão facial, e tenho a chance de me lembrar do caso se não for um paciente novo.

Quando se trata de um bebê, peço à mãe que se sente de frente para mim com o ângulo da mesa colocado entre nós. Ela se senta com o bebê em seu colo. De modo rotineiro coloco um depressor de língua, retangular e reluzente, no canto da mesa, e peço à mãe para colocar a criança em tal posição que se ela desejar alcançar a espátula com a mão isto lhe seja possível. De um modo geral as mães entendem o que estou planejando, e para mim é fácil explicar-lhes que haverá um período durante o qual tanto eu quanto ela construiremos tão pouco quanto possível para o desenrolar da situação, de modo que seja fácil atribuir à criança o que quer que aconteça. Confortme o leitor pode imaginar, a maneira como as mães seguem de modo mais ou menos preciso a orientação dada mostra algo sobre como elas são em casa. Se são ansiosas em relação a infecções, ou têm fortes restrições morais a pôr coisas na boca, se são precipitadas ou se movem de maneira impulsiva, tudo isto poderá aparecer na situação.

É muito útil saber como é a mãe, mas em geral elas acatam a minha sugestão. Eis, portanto, a criança no colo de sua mãe, com uma outra pessoa (um homem, neste caso) sentado em frente a ela, e há uma espátula reluzente sobre a mesa. Devo acrescentar que se algum visitante está presente, sou obrigado a prepará-lo muitas vezes com mais cuidado que à mãe, porque ele tende a querer sorrir e a tomar atitudes ativas em relação ao bebê — acari-cia-lo, ou ao menos reasssegura-lo de sua amizade. Se um visitante não consegue aceitar a disciplina que a situação exige, não tenho como dar início à observação, que de imediato se torna desnecessariamente complicada.

○ Comportamento do Bebê

O bebê sente-se inevitavelmente atraído pelo objeto metálico reluzente, que pode estar balançando. Se há outras crianças presentes, elas sabem perfeitamente bem o quanto o bebê ansia por pegar a espátula. (Frequentemente elas não suportam ver a hesitação do bebê, quando esta é intensa, pegando a espátula e empurrando-a para a sua boca. Isto, entretanto, provoca uma aceleração do processo.) Aqui temos, então, o bebê à nossa frente, atraído pelo objeto tão fascinante, e agora descreverei o que é, em minha opinião, uma sequência normal de eventos. Meu ponto de vista é o de que qualquer variação em relação a isto, que eu considero normal, é significativa.

Capítulo IV

A Observação de Bebês numa Situação Padronizada (1941)

POR CERCA de vinte anos estive observando bebês em minha clínica no Paddington Green Children's Hospital, registrando, em muitos casos de modo detalhado, a maneira como as crianças se comportavam numa situação específica muito fácil de se criar dentro da rotina normal de uma clínica. Espero conseguir juntar e apresentar gradualmente as muitas questões de interesse prático e teórico que podem ser vislumbradas nesse tipo de trabalho, mas neste momento gostaria de limitar-me a descrever a situação específica e a indicar até que ponto ela pode ser utilizada como instrumento de pesquisa. Apresentarei também, além disso, o caso de um bebê de sete meses que desenvolveu um ataque de asma enquanto estava sendo examinado, recuperando-se dele ainda durante o exame, algo de grande interesse para a psicossomática.

Gostaria, tanto quanto possível, de descrever a situação padronizada de observação, que se tornou tão conhecida por mim como a 'situação-padrão', para a qual é trazido todo bebê que vem ao meu consultório para ser examinado.

Em minha clínica as mães e seus filhos esperam num corredor fora da sala bastante ampla em que trabalho, e a saída de uma mãe com seu bebê é o sinal para a entrada da seguinte. Escolhi uma sala de bom tamanho porque muitas coisas podem ser vistas e feitas durante o tempo que a mãe leva para chegar até onde estou, vinda da porta do lado oposto. No tempo que a mãe leva para chegar até mim, faço contato com ela e provavelmente com o seu

Primeiro estágio. O bebê avança sua mão para a espátula, mas nesse momento descobre, inesperadamente, que a situação exige uma consideração maior. Ele está num dilema. Ou ele poussa sua mão sobre a espátula e, com olhos bem abertos, olha para mim e para a sua mãe, observa e espera, ou então, em certos casos, retira completamente o seu interesse e enterra a cara na blusa da sua mãe. Normalmente é possível administrar a situação de modo a evitar que qualquer reassseguramento ativo seja dado, e é muito interessante observar como ressurge, gradual e espontaneamente, o interesse do bebê pela espátula.

Segundo estágio. Ao longo de todo esse tempo, que eu chamo de 'período de hesitação', o bebê não move o seu corpo, ainda que não haja rigidez. Gradualmente ele se torna corajoso a ponto de permitir que seus sentimentos aflorem, e então a situação muda rapidamente. O momento em que essa primeira fase é substituída pela segunda é evidente, pois a aceitação, pela criança, da realidade de seu desejo pela espátula é anunciada por uma mudança que ocorre no interior de sua boca, que se torna lícida, enquanto a língua recebe grossa e macia, e a saliva flui copiosamente. Não se passa muito tempo até ele pôr a espátula na boca e começar a mastigá-la com suas gengivas, ou dar a impressão de estar imitando o pai, fumando um cachimbo. A mudança no comportamento do bebê é marcante. Em vez de expectativa e quietude, agora há autoconfiança e movimentos livres do corpo, relacionados com a manipulação da espátula.

Fiz várias vezes a tentativa de levar a espátula à boca do bebê durante o estágio de hesitação. Se a hesitação corresponde ao que eu considero normal, ou difere disto em qualidade e grau, o fato é que cheguei à conclusão de que é impossível, durante esse estágio, fazer com que a espátula entre na boca do bebê sem a utilização da força bruta. Em certos casos em que a hesitação é aguda, qualquer esforço de minha parte que resulte num movimento da espátula em direção ao bebê provoca gritos, angústia ou mesmo cólica. O bebê agora parece sentir que a espátula está em sua posse, talvez em seu poder, e certamente disponível para propósitos de auto-expressão. Ele bate com ela sobre oampo da mesa, ou sobre a tígela de metal que se encontra perto dele, fazendo tanto barulho quanto lhe é possível. Ou então ele a leva em direção à minha boca e à boca de sua mãe, e fica muito contente quando *finjamos* ser alimentados por ela. Definitivamente, ele deseja que a ponto de realmente levarmos a coisa para dentro da boca, estragando a brincadeira enquanto brincadeira.

Devo assinalar, neste contexto, que jamais tive qualquer evidência de que um bebê ficasse desorientado pelo fato de a espátula não ser nem comida nem utensílio contendo comida.

Estágio 3. Há um terceiro estágio. Neste, o bebê em primeiro lugar deixa a espátula cair como que por acaso. Se ela lhe é devolvida ele fica contente, brinca com ela novamente e a deixa cair mais uma vez, agora menos 'por acaso'. Quando ela lhe é devolvida de novo, ele a joga propositalmente, e fica entusiasmadíssimo por conseguir livrar-se dela dessa forma agressiva, além de mostrar um contentamento todo especial com o barulho metálico do seu contato com o chão.

O final desta terceira fase¹ ocorre quando o bebê ou pede para descer e brincar com a espátula no chão, onde ele recomeça a mordiscá-la, ou quando ele perde o interesse por ela e parte em direção a algum outro objeto que este-ja à mão.

A presente descrição do comportamento normal é fidedigna apenas quando se trata de uma criança entre os cinco e os treze meses de idade. Depois desta idade os seus interesses tornam-se tão mais amplos, que se a espátula é ignorada e o bebê estende a mão para o mata-borrão eu não posso ter certeza de que se trata de uma verdadeira inibição em relação ao interesse primário. Dito de outro modo, a situação torna-se rapidamente complicada, aproximando-se ao que ocorre normalmente na análise de uma criança de dois anos, com a desvantagem (em relação à análise) de que como a criança é jovem demais para falar, o material apresentado é mais difícil de compreender. Antes dos treze meses de idade, no entanto, nesta 'situação-padrão' o fato de o bebê ainda não falar não é um problema.

Após os treze meses as suas *ansiedades* ainda podem ser observadas na situação. São os seus *interesses positivos* que se tornam amplos demais para serem adequadamente observados. É possível realizar uma intervenção terapêutica nessa situação-padrão, mas não é minha intenção discutir tal possibilidade no presente trabalho. Relato a seguir um caso publicado em 1931, quando passei a acreditar que era possível realizar um trabalho dessa natureza. Nos anos subsequentes pude confirmar a opção formada naquele momento.

Tratou-se do caso de uma menina a quem atendi durante seis a oito meses em razão de problemas com a alimentação, aparentemente iniciados após uma gas-

trourente infecciosa. O desenvolvimento emocional da menina foi perturbado por essa doença e ela se tornou irritadíssima, insatisfeita e sujeita a náuseas após as refeições. Parou inteiramente de brincar, e por volta de seus nove meses seu relacionamento com as pessoas mostrava-se inteiramente insatisfatório, e ela começou a ter convulsões. Aos onze meses as convulsões tornaram-se frequentes.

Aos doze meses a criança apresentava convulsões severas seguidas de sonolência. Nessa época passei a vê-la a intervalos de alguns dias, dedicando-lhe vinte minutos de atenção pessoal dentro do que agora chamo de 'situação-padrão', mas com a criança no meu colo.

Numa das consultas a criança estava no meu colo e eu a observava. Ela tentou furtivamente morder a junta do meu dedo. Três dias depois eu a tinha novamente no colo, e esperava para ver o que ela ia fazer. Ela mordeu meu dedo três vezes, tão fortemente que quase arrancou a pele. Em seguida brincou de jogar espátulas no chão por quinze minutos consecutivos. Durante todo esse tempo ela chorava como se estivesse realmente infeliz. Dois dias depois eu a tive em meu colo por meia hora. Ela havia tido quatro convulsões nos dois dias anteriores. Inicialmente, ela chorou como sempre. Novamente mordeu meu dedo com muita força, mas desta vez não mostrou qualquer sentimento de culpa, e depois novamente brincou de morder e jogar espátulas ao chão. Enquanto estava em meu colo, tornou-se capaz de sentir prazer em brincar. Algum tempo depois passou a brincar com os dedos dos pés.

Passados alguns dias, a mãe disse que desde a última consulta a menina tinha estado 'diferente'. Não apenas deixaram de ocorrer as convulsões como ela passou a dormir bem à noite, e durante o dia inteiro mostrava-se contente, sem tomar o brometo. Onze dias depois a menina se mantinha sem remédio algum. Não houve convulsões por quatorze dias, e a mãe pediu para ser liberada.

Visitei a criança um ano depois e soube que após a última consulta ela não havia tido qualquer sintoma. Encontrei uma menina inteiramente saudável, feliz, inteligente e amistosa, adorando brincar e livre das ansiedades comuns.

A flexibilidade da personalidade do bebê e o fato de que os sentimentos e os processos inconscientes são tão próximos dos estágios iniciais da infância fazem com que seja possível produzir mudanças no decorrer de umas poucas entrevistas. Essa flexibilidade, no entanto, implica também em que o bebê normal de um ano de idade, ou que a essa altura tenha sido favoravelmente afetado pelo tratamento, já esteja inteiramente a salvo. Ele ainda está sujeito a neurose numa época posterior, ou a adoeecer se estiver exposto a fatores ambientais negativos. Ainda assim, é um bom prognóstico o fato de que a criança vai bem durante o seu primeiro ano.

Desvios da Normalidade

Eu havia dito que qualquer variação em relação ao comportamento que eu vim a considerar normal na situação padrão era significativo.

A variação mais frequente, e mais interessante ocorre durante a hesitação inicial, que pode estar ausente ou então exagerada. Um bebê aparentemente não se interessa pela espátula, e levará muito tempo até tomar consciência de seu interesse, ou até tomar coragem para demonstrá-lo. Outro não levará mais de um segundo para pegá-la e colocá-la na boca. Em ambos os casos há um desvio da normalidade. Se a inibição é severa haverá um sofrimento maior ou menor, sofrimento que pode ser realmente intenso.

Numa outra variação da normalidade, o bebê agarra a espátula e imediatamente a joga no chão, e repete o gesto tantas vezes quantas ela for submetida pelo observador.

É praticamente certo que exista uma correlação entre essas e outras variantes do comportamento normal e o relacionamento da criança com a comida e com as pessoas.

O Uso da Técnica Ilustrado por um Caso

A situação-padrão por mim descrita é um instrumento que pode ser adaptado por qualquer pesquisador a fim de observar crianças que venham ao seu consultório. Antes de discutir a teoria do comportamento normal das crianças na situação-padrão, gostaria de apresentar um caso como ilustração, o caso de um bebê que sofria de asma. O comportamento específico da asma, que começou e passou enquanto o bebê estava sendo observado, talvez parecesse accidental — não fosse pelo fato de que o bebê estava sendo observado em termos rotineiros, e pelo fato de que os detalhes de seu comportamento puderam ser comparados com os de outras crianças na mesma situação. A asma, em vez de ter ligações desconhecidas com os sentimentos da criança, foi percebida — devido à técnica empregada — como estando relacionada a um certo tipo de sentimento e a uma certa fase claramente definida na conhecida sequência de eventos.

Margaret, com sete meses de idade, foi trazida por sua mãe porque na véspera da consulta havia respirado de modo ofegante durante toda a noite. Fora esse episódio, ela é uma criança muito feliz que dorme bem e tem ótimo apetite. Seu relacionamento com ambos os pais é bom, especialmente com o pai, que por trabalhar à noite passa muito tempo com ela. Ela já diz 'Pa-pá', mas não 'Ma-mã'. Quando

perguntei: 'A quem ela procura quando está com problemas?', a mãe disse: 'Ela procura o pai. Ele consegue fazê-la dormir.' Há uma irmã um ano e meio mais velha, saudável, e as duas crianças brincam juntas e gostam uma da outra, apesar de o nascimento do bebê ter provocado algum ciúme na irmã.

A mãe explica que passara a sofrer de asma quando estava grávida dessa criança, e a outra filha tinha apenas sete meses de idade. Ela contou que esteve mal até um mês antes da consulta, não tendo tido mais crises dali em diante. Sua mãe também sofria de asma, desde a época em que começou a ter filhos. A relação entre Margaret e a mãe é boa, e ela é amamentada ao seio de modo satisfatório.

O sintoma — asma — não surge de modo inteiramente inesperado. A mãe conta que nos últimos três dias Margaret espirrou muitas vezes durante o sono, dormindo apenas por dez minutos consecutivos e então acordando com gritos e tremores. Durante o último mês ela passou a colocar o punho na boca, tornando-se esse comportamento um tanto compulsivo e ansioso ultimamente. Nos últimos três dias ela teve uma ligeira tosse, mas a ofegação tornou-se visível apenas na noite anterior à consulta.

É interessante notar o comportamento da criança na situação-padrão. Eis as anotações detalhadas feitas na ocasião: 'Coloquei uma espátula em pé sobre a mesa, e a criança interessou-se imediatamente. Olhou para ela, olhou para mim e ficou me observando por um longo tempo, suspirando e com os olhos bem abertos. Isto continuou por cinco minutos, sem que a criança conseguisse decidir-se a pegar a espátula. Quando por fim a agarrou, não conseguiu a princípio colocá-la na boca, apesar de que visivelmente o desejava. Depois de algum tempo ela começou a acretitar que que podia pegá-la, como se reasssegurada pelo fato de eu e sua mãe permanecermos como estávamos. Ao pegá-la para si notei o costumeiro fluxo de saliva, e depois ela ficou por vários minutos sentindo o prazer de colocá-la na boca.' Esse comportamento corresponde ao que eu considero normal.

'Na segunda consulta Margaret estendeu a mão para pegar a espátula, mas novamente hesitou como havia feito na primeira visita, e novamente levou um tempo até conseguir colocá-la na boca e se divertir com ela confiantemente. Ela mostrou mais vontade ao morder a espátula do que na vez anterior, e fazia ruídos enquanto a mastigava. Logo a jogou ao chão deliberadamente, e quando a espátula lhe foi devolvida brincou com ela de modo excitado e barulhento, olhando para a mãe e para mim, obviamente contente e dando pontapés no ar. Ela brincou um pouco e então jogou a espátula no chão, botou-a na boca quando lhe foi devolvida, fez muitos movimentos aleatórios com as mãos e a seguir passou a se interessar por outros objetos que estavam ao seu alcance, entre eles uma tigela. Em certo momento ela derrubou a tigela, e ao dar a impressão de que queria descer, nós a colocamos no chão com a tigela e a espátula. Ela ficou olhando para cima, em nossas direções, muito contente da vida, brincando com os dedos dos pés e com a espátula e a tigela, mas não com ambas ao mesmo tempo. Ao final ela pegou a espátula e parecia que ia brincar com as duas coisas, mas apenas empurrou a espátula na dire-

ção oposta à da tigela. Quando a espátula lhe foi dada de volta começou em certo momento a bater com ela na tigela, fazendo um grande barulho.'

(O ponto central neste caso, relevante para a nossa discussão, encontra-se na primeira parte da descrição, mas decidi apresentar a anotação completa do caso, tendo em vista o grande interesse de cada detalhe, se a discussão viesse a ampliar seus objetivos. Por exemplo, o fato de a criança só ter juntado os dois objetos muito gradualmente. Isto é muito interessante e representativo de sua dificuldade, assim como de sua crescente capacidade de lidar com duas *personas* ao mesmo tempo. A fim de tornar a presente discussão tão clara quanto possível, deixo estes últimos aspectos para um outro momento.¹)

Ao descrever o comportamento da criança na situação-padrão, eu ainda não indiquei o momento em que ocorreu o ataque de asma. O bebê estava sentado no colo da mãe, com o canto da mesa entre elas e eu. A mãe segurava a criança com as duas mãos em volta de seu peito, sustentando o seu corpo. Foi muito fácil perceber, nessa situação, o momento em que a criança desenvolveu um espasmo brônquico. As mãos da mãe tornaram visível o movimento exagerado do peito, tanto a profunda inspiração quanto a longa expiração obstruída, e o ruído da expiração podia ser ouvido. A mãe percebeu tão bem quanto eu que a criança estava tendo o ataque. *Este aconteceu, nas duas ocasiões, durante o período em que a criança hesitou quanto a pegar a espátula.* Ela estendeu a mão para a espátula e então, ao controlar o corpo, a mão e o ambiente, surgiu o ataque, que implica num controle involuntário da expiração. No momento em que ela começou a sentir a criança a respeito da espátula que estava em sua boca, quando a saliva passou a fluir, quando a inércia corporal deu lugar ao prazer da atividade, e quando o ato de observar foi substituído pela autoconfiança, a crise passou.

Após duas semanas a menina não havia tido nenhum ataque, fora os ocorridos durante as duas consultas.² Recentemente, isto é, vinte e um meses depois do episódio que descrevi acima, a criança não teve problema de asma, embora não esteja ainda fora de perigo.³

Oraças ao método de observação empregado, tenho a possibilidade de fazer algumas deduções, a partir deste caso, sobre os ataques de asma e sua relação com os sentimentos da criança. Minha dedução principal é de que neste caso houve uma associação suficientemente próxima entre as duas condições. É possível perceber, devido ao fato de que ela estava sendo observada em condições bem conhecidas, que para esta criança a asma estava vinculada ao momento em que normalmente ocorre uma hesitação, e a hesitação

1 Voltarei ao tema mais adiante.

2 Mas a mãe voltou a tê-los.

3 A mãe novamente relata que ela, por sua vez, voltou a ter os ataques, como se sentisse que tinha-los a não ser que a filha os tivesse.

implica em conflito mental. Um impulso havia surgido. O impulso é temporariamente controlado, e a asma coincide em duas ocasiões com o período de controle do impulso. Essa observação, especialmente se for confirmada por outras, criaria uma boa base para a discussão dos aspectos emocionais da asma, principalmente se forem consideradas observações feitas durante o tratamento psicanalítico de pacientes asmáticos.

Discussão da Teoria

A hesitação, em primeiro lugar, é um claro sinal de ansiedade, ainda que

ocorra normalmente.

Como Freud havia indicado (1926): 'A ansiedade surge a respeito de algo'. Há, portanto, duas questões a serem discutidas: Aquilo que acontece no corpo e na mente em estado de ansiedade, e o 'algo' a respeito do qual a ansiedade ocorre.

Se nos perguntarmos a razão pela qual o bebê hesita após o primeiro gesto impulsivo, teremos que concordar, assim creio, com a idéia de que se trata de uma manifestação do superego. Quanto à origem deste ponto, cheguei à conclusão de que, em geral, a hesitação normal do bebê não pode ser explicada por referência à atitude parental. No entanto, isto não significa que deixo de lado a possibilidade de que ele assim se comporte por haver aprendido a esperar um gesto reprovador da mãe, ou mesmo um gesto zangado pelo fato de estar prestes a pegar algo ou a colocar algo na boca. A atitude dos pais *realmente* faz muita diferença, em certos casos.

Com o tempo aprendi a perceber muito rapidamente as mães que têm profundas objeções a que o seu bebê pegue coisas ou ponha-as na boca, mas posso dizer que em geral as mães que vêm à minha clínica não costumam impedir o que elas consideram uma curiosidade infantil corriqueira. Entre essas mães há inclusive aquelas que trazem seus bebês porque perceberam que estes *paravam* de pegar coisas e levá-las à boca, reconhecendo nisto a presença de um sintoma.

O fato é que nessa idade tão precoce, antes de o bebê completar, digamos, quatorze meses, existe uma flexibilidade de caráter permitindo que uma certa quantidade da tendência da mãe a proibir tal indulgência seja anulada. Costumo dizer às mães: 'Aqui ele pode fazer o que quiser, mas não o estimule a isso.' Descobri que nos casos em que a criança não se encontra esmagada pela ansiedade, é-lhe possível ajustar-se a este ambiente modificado.

Mas se é ou não a atitude da mãe que determina o comportamento do bebê, gostaria de sugerir que a hesitação significa que o bebê *espera* fazer

aparecer uma mãe zangada ou talvez vingativa em consequência de sua indulgência. Para que um bebê se sinta ameaçado, mesmo que por uma mãe realmente e claramente zangada, ele deve ter em mente a noção da mãe zangada. Como disse Freud (1926): 'Por outro lado, o perigo externo (objetivo) já deve ter sido internalizado a fim de tornar-se significativo para o ego.'

Se aconteceu de a mãe ficar realmente zangada, e se o bebê tem motivos para esperar que ela se zangue na hora da consulta quando ele pega a espátula, devemos considerar as fantasias apreensivas dele tanto quanto nos casos mais comuns onde a criança hesita apesar do fato de a mãe ser bem tolerante em relação a esse comportamento, e até mesmo esperá-lo. O 'algo' sobre o qual a ansiedade ocorre está na mente da criança, uma idéia a respeito de algum mal ou alguma restrição, e na nova situação tudo aquilo que estava na mente do bebê pode vir a ser projetado. Quando não há qualquer experiência de proibição, a hesitação significa um conflito, ou a existência na mente da criança de uma *fantasia* paralela à *memória* que outro bebê tem de sua mãe realmente proibidora. Em ambos os casos, portanto, ele deverá em primeiro lugar refrear o seu interesse ou desejo, tornando-se capaz de recuperar esse desejo, caso a sua avaliação do ambiente produza bons resultados. E eu sou

aquele que fornece o contexto de tal avaliação.

Podemos deduzir, portanto, que o 'algo' a respeito do qual a ansiedade incide é tremendamente importante para a criança. A fim de compreender melhor esse 'algo', será necessário recorrer ao conhecimento adquirido na análise de crianças entre os dois e os quatro anos de idade. Menciono essa idade porque Melanie Klein já havia descoberto, e creio que não somente ela mas todos os que já analisaram crianças de dois anos, que existe algo na experiência dessas análises que não pode ser obtido na análise de crianças com três anos e meio ou quatro, e certamente não na das que já se encontram no período de latência. Uma das características da criança de dois anos é que as fantasias orais primárias, bem como as ansiedades e as defesas a elas associadas, podem ser claramente discernidas em paralelo a processos mentais secundários e altamente elaborados.

A idéia de que os bebês sejam capazes de fantasiar não é aceita por todos, mas é bem provável que todos os que analisam crianças de dois anos de idade tenham percebido a necessidade de postular que um bebê, mesmo aos sete meses, como o que descrevi no caso acima apresentado, faça fantasias. Estas não estão ainda ligadas à representação de palavras, mas são repletas de conteúdos e emocionalmente ricas, e é possível afirmar que são elas que fornecem as fundações sobre as quais será erguida mais tarde toda a vida de fantasias.

Tais fantasias do bebê referem-se não apenas ao ambiente externo, mas inclusive ao destino e ao inter-relacionamento de pessoas e partes de pessoas que vão sendo fantasmaticamente trazidas para o seu interior — primeiramente em conjunto com sua ingestão de alimentos e mais tarde como um procedimento independente —, e é desta forma que se constrói a realidade interna. A criança sente que as coisas dentro dela são boas ou más, assim como as coisas do mundo exterior são boas ou ruins. As qualidades 'boa' e 'má' dependem da relativa aceitabilidade dos objetivos no processo de trazer para dentro. Isto, por sua vez, depende da intensidade dos impulsos destrutivos em relação aos impulsos amorosos, e na capacidade individual da criança de tolerar as ansiedades derivadas das tendências destrutivas. Por outro lado, e em conexão com ambas as coisas, a natureza das defesas da criança deve ser levada em conta, incluindo o grau do desenvolvimento de sua capacidade de fazer reparações. É possível somar tudo isto através da idéia de que a capacidade da criança de manter vivo o que ela ama, e sustentar a crença em sua capacidade de amar, tem um peso determinante sobre as qualidades ('boas' ou 'más') que lhe parecerão ter tanto as coisas do mundo exterior quanto as do seu interior; e isto vale até mesmo para um bebê de poucos meses. Além do mais, Melanie Klein mostrou que há um constante intercâmbio e aterrigação entre as realidades interna e externa; a realidade interna está sempre sendo construída e enriquecida pelas experiências instintivas em relação aos objetos externos e pela contribuição dos objetos externos (na medida em que tais contribuições podem ser percebidas); e o mundo exterior está sendo constantemente percebido pelo indivíduo, e seus relacionamentos externos constantemente enriquecidos, dada a existência, nele, de um mundo interno cheio de vida.

A percepção e a convivência adquiridas através da análise de crianças pequenas podem ser aplicadas retroativamente ao primeiro ano de vida, assim como Freud aplicou o que havia encontrado nos adultos para compreender a criança, e não apenas a criança específica enquanto paciente, mas as crianças em geral.

É muito instrutivo observar crianças diretamente, e é necessário que o façamos. Por muitos motivos, todavia, a análise da criança de dois anos nos ensina muito mais sobre os bebês do que o que poderíamos jamais aprender apenas pela observação direta de bebês. É não surpreendente que assim seja: a especificidade da psicanálise como instrumento de pesquisa, conforme sabemos, reside em sua capacidade de descobrir a parte *inconsciente* da mente e relacioná-la à parte consciente, dando-nos desta forma algo como uma compreensão global do indivíduo em análise. Isto é verdade mesmo para o

bebê e a criança pequena, ainda que a observação direta nos possa ensinar uma série de coisas se soubermos como olhar e o que procurar. O procedimento mais eficaz, obviamente, seria o de utilizar ambas as formas, a observação e a análise, e permitir que uma auxiliasse a outra.

Gostaria agora de dizer algo sobre a fisiologia da ansiedade. Não estaria o desenvolvimento da psicologia descritiva sendo impedido pelo fato de raramente, ou nunca, serem feitas referências à impossibilidade de descrever a fisiologia da ansiedade em termos simples, visto que o fenômeno varia de qualidade dependendo do caso e do momento em que se manifesta? Ensinamos que a ansiedade pode ser percebida através da palidez ou pelo vômito ou por diarréia ou taquicardia. Foi muito interessante, porém, descobrir em minha clínica que existem diversas formas alternativas para a manifestação da ansiedade, seja qual for o órgão ou a função que examinamos. Uma criança ansiosa, durante o exame físico numa clínica cardiológica, pode apresentar um coração palpitante ou quase parado, ou então muito acelerado ou simplesmente batendo com dificuldade. Do meu ponto de vista, a fim de entendermos o que está acontecendo quando nos deparamos com esses sintomas, é necessário que saibamos algo sobre os sentimentos e as fantasias da criança, e portanto sobre as quantidades de raiva e de excitação ali misturadas, bem como sobre as defesas erguidas contra as mesmas.

A diarréia, conforme sabemos, nem sempre é apenas uma questão fisiológica. A experiência com crianças e adultos mostra que se trata amígdala de um processo que acompanha um medo inconsciente a alguma coisa definida, coisa que se encontra dentro e que irá causar danos ao indivíduo, caso seja mantida dentro. O indivíduo pode saber de seu temor aos impulsos, mas isto, ainda que verdadeiro, é apenas parte da história, porque é verdade também que ele teme inconscientemente certas coisas ruins que existem em algum lugar à sua espera. 'Alguns lugares' significam tanto dentro quanto fora dele — em geral simultaneamente dentro e fora. Obviamente, tais fantasias podem, em certos casos e em certa medida, ser conscientes, dando colorido às descrições que o hipocôndriaco faz de suas dores e sensações.

Se examinarmos a hesitação do bebê na minha situação-padrão, poderemos dizer que os processos mentais subjacentes a ela assemelham-se àqueles que subjazem à diarréia, ainda que seus efeitos sejam opostos. Tomei como exemplo a diarréia, mas poderia ter tomado qualquer outro processo fisiológico capaz de ver-se exacerbado ou inibido de acordo com a fantasia inconsciente que venha a afetar um órgão ou uma função específica. Do mesmo modo, considerando a hesitação da criança na situação-padrão, é

possível dizer que mesmo sendo o comportamento do bebê uma manifestação do medo, ainda há lugar, ao descrevermos a situação, para a fantasia inconsciente. O que vemos é a consequência do fato de que o impulso do bebê para estender o braço e agarrar está sujeito a um controle capaz inclusive de provocar a sua negação temporária. Iremos mais longe e descrevermos o que se passa na mente do bebê não pode ocorrer apenas a partir da observação direta. No entanto, como afirmei anteriormente, isto não significa que não haja na mente do bebê algo correspondente à fantasia inconsciente, cuja existência na mente de uma criança mais velha ou de um adulto que hesitem em situar semelhantes pode ser comprovada através da psicanálise.

No meu caso especial, apresentado para ilustrar as implicações da técnica, o controle incide inclusive sobre os brônquios. Seria interessante discutir a importância relativa do controle dos brônquios enquanto órgãos (o deslocamento do controle, digamos, da bexiga) e da expiração ou da respiração, que seria expelida na ausência do controle. A expiração pode ser sentida pelo bebê como algo maligno, se houver sido associada a uma idéia perigosa — por exemplo, a idéia de pegar algo *lá dentro*. Para o bebê, tão próximo ao corpo da mãe e aos conteúdos do seio, que ele concretamente pega, a idéia de pegar algo lá dentro não é de nenhum modo impossível, e o medo de pegar algo dentro do corpo da mãe poderia facilmente associar-se, na sua mente, à idéia de não respirar.

Veremos que a noção da respiração perigosa ou de um sopro perigoso ou de um órgão respiratório perigoso nos levará novamente à questão das fantasias do bebê.

Estou afirmando que não pode ter sido meramente casual o fato de o ataque de asma do bebê ter-se desencadado e cessado tão claramente em relação ao controle de um impulso em duas ocasiões distintas, fazendo com que se justifique inteiramente o exame de cada detalhe da observação. Deixando de lado o caso especial da asma, e retomando o fenômeno da hesitação normal do bebê que está prestes a pegar a espátula, vemos que o perigo existe na mente do bebê e poderia ser explicado somente pela suposição de que ele faça alguma fantasia, ou algo que corresponda a uma fantasia.

Mas vejamos: O que representa a espátula? A resposta será complexa, porque a espátula representa várias coisas distintas.

Quando vemos algo especialmente fascinante, dizemos muitas vezes: "Perdi a respiração." Esse tipo de exclamação, que implica na idéia de uma mudança na fisiologia da respiração, teria que ser explicado por qualquer teoria da asma que se pretendesse respeitável.

Que a espátula pode representar o seio é mais do que certo. É fácil dizer que a espátula representa um pênis, mas isto é inteiramente diferente de dizermos que ela representa um seio, porque um bebê inteiramente familiarizado com o seio ou com a mamadeira muito raramente terá algum conhecimento real, baseado na experiência, de um pênis adulto. Na ampla maioria dos casos o pênis deve ser o que, na fantasia do bebê, um homem poderia ter. Em outras palavras, não esclarecemos mais por chamá-lo de pênis do que se dissessemos que o bebê pode ter uma fantasia de que há algo semelhante ao seio, mas que é diferente porque está associado mais ao pai que à mãe. Supe-se que a criança recorra às suas próprias sensações genitais e à auto-exploração para construir suas fantasias.

No entanto, acredito que na verdade o que o bebê mais tarde conhecerá como sendo um pênis é sentido por ele na época anterior como algo pertencente à mãe, à semelhança da vivacidade, da pontualidade na alimentação, da confiabilidade e assim por diante, ou então como algo em seu seio parecido com sua capacidade de intumescer ou de encher-se, ou mesmo como algo em seu corpo — sua postura ereta —, ou como uma centena de outras coisas a respeito dessa mãe que não seja ela propriamente dita. E como se, no instante em que o bebê vai ao seio e bebe o leite, na fantasia ele pusesse sua mão lá dentro, ou mergulhasse no interior, ou rasgasse uma abertura para entrar no corpo da mãe, de acordo com a energia do impulso e sua ferocidade, tornando o seio o que ali há de bom. No inconsciente, esse objeto do impulso de agarrar assemelha-se ao que mais tarde será conhecido como pênis.

Além de representar o seio e o pênis, a espátula também representa pessoas, tendo a observação mostrado claramente que bebês de quatro a cinco meses são capazes de perceber pessoas inteiras por meio do olhar, sentir seu estado de espírito, de aprovação ou desaprovção, e distinguir entre uma pessoa e outra.

Gostaria de assinalar que na explicação aqui apresentada para o período de hesitação normal do bebê que está prestes a pegar a espátula, vemos que o perigo existe na mente do bebê e poderia ser explicado somente pela suposição de que ele faça alguma fantasia, ou algo que corresponda a uma fantasia. Mas vejamos: O que representa a espátula? A resposta será complexa, porque a espátula representa várias coisas distintas.

Quando vemos algo especialmente fascinante, dizemos muitas vezes: "Perdi a respiração." Esse tipo de exclamação, que implica na idéia de uma mudança na fisiologia da respiração, teria que ser explicado por qualquer teoria da asma que se pretendesse respeitável.

A observação cotidiana mostra que bebês ainda mais jovens que a faixa etária aqui estudada (dos cinco aos treze meses) são geralmente capazes não apenas de reconhecer pessoas, como de se comportar diferentemente em relação a pessoas diferentes.

Na situação-padrão, o bebê que está sendo observado oferece-me importantes indicações sobre o seu desenvolvimento emocional. Para ele, a espátula pode ser apenas uma coisa que ele pega e larga, sem conectá-la a nenhum ser humano. Isto implica em que ele não terá ainda desenvolvido a capacidade — ou que a perdeu — de construir pessoas inteiras por trás do objeto parcial. Mas é possível, também, que ele perceba a mim ou a sua mãe por trás da espátula, e se comporte como se ela fosse uma parte de mim (ou de sua mãe). Neste caso, se ele pega a espátula, terá sido como se houvesse agarrado o seio da mãe. Finalmente, ele também poderia ver a mim e a mãe, e pensar na espátula como algo envolvido com a relação entre mim e sua mãe. Se é esta a última possibilidade que vier a ocorrer, ao tomar ou largar a espátula ele estará introduzindo uma mudança no relacionamento entre duas pessoas que representam o pai e a mãe.

Há estágios intermediários. Por exemplo, certos bebês preferem obviamente considerar a espátula como pertencendo à tigela, tirando-a e recolhendo-a ali repetidamente, com um interesse evidente e mesmo prazer, e talvez mesmo com excitação. Eles dão a impressão de acharem que o interesse por dois objetos ao mesmo tempo é mais natural que o interesse pela espátula enquanto coisa que pode ser tomada de mim, e usada para alimentar a mãe ou para bater no tempo da mesa.

Somente a observação propriamente dita pode fazer justiça à riqueza de variações introduzidas por um grande número de crianças numa situação tão simples, tão fácil de colocar em prática.

O bebê, quando tem essa possibilidade, percebe a si mesmo lidando simultaneamente com duas pessoas — sua mãe e eu. Isto requer um grau de desenvolvimento emocional mais elevado que o necessário para reconhecer uma única pessoa inteira, e é bem verdade que muitos neuróticos são incapazes de administrar uma relação com duas pessoas ao mesmo tempo. Já foi assinalado que os neuróticos adultos podem perfeitamente relacionar-se com um de seus pais de cada vez, mas encontram dificuldades ao tentar relacionar-se com ambos simultaneamente. Este passo no desenvolvimento do bebê, pelo qual ele se torna capaz de administrar um relacionamento com duas pessoas que lhe são importantes (o que fundamentalmente quer dizer com ambos os pais) ao mesmo tempo, é de grande importância, e até que ele

seja dado não lhe será possível assumir satisfatoriamente o seu lugar na família ou no grupo social. De acordo com a minha observação, esse importante passo é dado durante o primeiro ano de vida.

Antes de completar um ano de vida, o bebê provavelmente sente a si mesmo privando a outros de coisas boas ou mesmo essenciais devido à voracidade despertada por seu amor. Este sentimento corresponde ao seu temor, que pode ser facilmente confirmado pela experiência, de que nos momentos em que ele é privado do seio da mãe ou da mamadeira, e de seu amor e atenção, há alguém mais beneficiando-se de sua companhia. Na realidade, esse alguém poderia ser o pai, ou um novo bebê. O ciúme e a inveja, essenciaismente orais em suas primeiras associações, incrementam a voracidade, mas podem também estimular desejos e fantasias genitais, contribuindo, assim, para uma ampliação dos desejos libidinais e do amor, e também do ódio. Todos esses sentimentos acompanham os primeiros passos do bebê ao estabelecer seu relacionamento com ambos os pais — passos estes que configuram também as fases iniciais de sua situação edipiana, tanto a direta quanto a invertida. O conflito entre o amor e o ódio, e a culpa e o medo de perder aquilo que é amado daí resultantes, vivenciados primeiramente no relacionamento apenas com a mãe, são levados adiante para o relacionamento do bebê com ambos os pais, e logo também para o relacionamento com os irmãos. O medo e a culpa espicacados pelos impulsos e fantasias destrutivas do bebê (os quais recebem a contribuição das experiências de frustração e mal-estar) respondem pela ideia de que ao desejar demais o seio da mãe ele priva do mesmo o pai e os outros filhos, e se ele deseja alguma parte do corpo do pai que corresponderia ao seio da mãe, é a mãe e os irmãos que serão privados. Aqui reside uma das dificuldades para o estabelecimento de uma relação feliz entre a criança e ambos os pais. Não posso, no momento, lidar com a complexa questão do interjogo entre a voracidade do bebê e as diversas maneiras pelas quais ele a irá controlar, ou contrabalançar seus efeitos através da reconstrução ou da reparação, mas é facilmente perceptível como tais coisas se completam quando o relacionamento do bebê se dá em referência a duas pessoas em vez de apenas a mãe.

É preciso recordar que, nas minhas anotações sobre o caso do bebê asmático, referi-me à relação entre a crescente habilidade da criança de colocar juntas a espátula e a tigela ao final de sua brincadeira, e a mistura de desejos e receios relativos à administração de seu relacionamento com duas pessoas ao mesmo tempo.

Tal situação, em que a criança hesita quanto à possibilidade de satisfazer a voracidade sem acirrar a raiva e a insatisfação em um dos pais, é ilustrada por minha observação na situação-padrão de um modo inteiramente claro para quem quer que seja. Sendo normal o bebê, um dos grandes problemas com os quais ele irá se deparar é a administração do relacionamento com duas pessoas ao mesmo tempo. Em tal situação-padrão sou, por vezes, testemunha do primeiro êxito nessa direção. Em outros momentos, percebo como os sucessos e fracassos de suas tentativas de estabelecer relacionamentos simultâneos com duas pessoas em casa se refletem em seu comportamento em meu consultório. E por vezes assisto ao surgimento de uma fase de dificuldades a esse respeito, ou então à sua superação espontânea.¹

É como se os pais proporcionassem, ambos, gratificações dos desejos sobre os quais a criança se sente em conflito, tolerando a expressão desses sentimentos em relação a eles. Na minha presença, a criança nem sempre consegue beneficiar-se da minha boa vontade em relação aos seus interesses, ou o consigne apenas aos poucos.

A experiência de, ousadamente, desejar e pegar a espátula e apossar-se dela sem, de algum modo, alterar a estabilidade do ambiente imediato funciona para a criança como uma espécie de aula sobre o objeto, com um valor terapêutico. Na idade que estamos considerando, e de fato ao longo de toda a infância, experiências desse tipo não são apenas temporariamente reassseguradoras: o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança é a construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança. A crença da criança nas coisas boas e nos bons relacionamentos dentro de si também é fortalecida. Esses pequenos passos na solução dos problemas centrais ocorrem na vida diária do bebê e da criança pequena, e a cada vez que o problema é resol-

1 Já me foi possível assistir ao início e término de uma doença no espaço de quinze dias, no caso de uma menina de nove meses de idade. Em paralelo a uma dor de ouvido, ocorreu um distúrbio psicológico caracterizado não apenas por falta de apetite como também pela total cessação do gesto, em sua casa, de manusear coisas e levá-las à boca. Na situação-padrão a menina ficava inteiramente perturbada à mera visão da espátula. Ela a empurrava para longe, como se a temesse. Durante alguns dias, na situação-padrão, ela pareceu sentir intensas dores, possíveis indícios de uma cólica aguda, no lugar da hesitação, que seria normal, a ponto de parecer mal-estar e de manifestar a dor de ouvido logo cedeu, mas passou-se uma quinzena até que o interesse da criança pelos objetos voltasse ao normal. O último estágio da recuperação surgiu dramaticamente, num momento em que a criança estava comigo. Ela já tinha sido capaz de segurar a espátula e de tentar furtivamente mordê-la. Subitamente ela a atacou, aceitou-a na boca sem restições e deixou a saliva fluir. Sua doença psicológica secundária estava curada, e depois que chegou em casa, conforme me foi relatado, era possível encontrá-la manuseando e mordendo objetos como fazia antes de adoecer.

vido algo é acrescentado ao seu sentimento de estabilidade geral, fortalecendo as fundações de seu desenvolvimento emocional. Não causará surpresa, portanto, minha afirmação de que não decorrer de minhas observações eu provooco também algumas mudanças em direção à saúde.

Experiências totais

O que há de terapêutico nesse trabalho é a possibilidade, creio eu, de que *uma experiência ocorra em toda a sua extensão*. Disto podem ser tiradas algumas conclusões sobre uma das coisas que fazem com que o ambiente em que vive o bebê seja considerado bom. No manejo intuitivo de um bebê, a mãe naturalmente permite que as experiências dele tenham livre curso, mantendo as coisas assim até que o bebê está crescido o bastante para entender o ponto de vista da mãe. Ela detesta intrometer-se em experiências, tais como a amamentação, o sono ou a defecação. Durante as minhas observações, eu artificialmente dou ao bebê o direito de completar uma experiência que, para ele, tem o valor especial de uma aula sobre o objeto.

Na psicanálise propriamente dita há algo semelhante a isto. O analista permite que o paciente marque o ritmo, e faz também a melhor coisa possível depois de dar ao paciente a liberdade de decidir quando vir ou ir embora: ele fixa a hora e a duração das sessões, e atém-se ao tempo por ele fixado. A psicanálise difere desse trabalho com bebês na medida em que o analista está sempre tateando, procurando seu caminho em meio à floresta de dados oferecida pelo paciente e tentando encontrar qual, naquele momento, será a forma e o aspecto da coisa que ele deve oferecer ao paciente, essa coisa chamada interpretação. Por vezes o analista achará interessante olhar por trás da multiplicitude de detalhes, tentando vislumbrar até que ponto a análise que ele está conduzindo poderia ser compreendida nos mesmos termos em que ele pensa sobre a situação-padrão — relativamente simples — que descrevi acima. Cada interpretação é um objeto reluzente que excita a voracidade do paciente.

Notas sobre o terceiro estágio

De um modo bastante artificial dividi as observações em três estágios diferentes. A maior parte de minha discussão referiu-se ao primeiro estágio e à hesitação que nele ocorre, e que indica um conflito. O segundo estágio também proporciona muitos temas de interesse. Nêle, o bebê sente-se pos-suidor da espátula, podendo dominá-la à sua vontade ou usá-la

como uma extensão de sua personalidade.¹ No presente trabalho não cheguei a desenvolver esse tema. Na terceira fase o bebê pratica o gesto de livrar-se da espátula, e eu gostaria de fazer um comentário a respeito de seu significado.

Nessa terceira fase o bebê sente-se corajoso a ponto de jogar a espátula no chão e deletar-se com o ato de livrar-se dela, e eu gostaria de mostrar o quanto isto me parece relacionar-se com o jogo descrito por Freud (1920), no qual o menino procurava dominar os seus sentimentos sobre a ausência da mãe. Por muitos anos observei os bebês nessa situação sem ver, ou sem reconhecer, a importância desse terceiro estágio. A descoberta da importância desse estágio trouxe uma vantagem prática para mim, porque enquanto o bebê mandado embora ao final do segundo estágio ficava perturbado com a perda da espátula, uma vez alcançado o terceiro estágio o bebê pode ser levado embora e deixar a espátula para trás sem cair no choro.

Embora eu conhecesse já há muitos anos a descrição feita por Freud do jogo com o carretei, e sempre tenha me sentido estimulado por ela a realizar observações detalhadas das brincadeiras infantis, foi somente nos últimos anos que passei a perceber a íntima conexão entre o meu terceiro estágio e os comentários de Freud.

Atualmente parece-me possível compreender as minhas observações como uma extensão para trás dessa observação específica de Freud. Acredito que o carretei, representando a mãe do menino, é jogado longe para indicar que o menino livra-se da mãe, porque o carretei que ele possui representa a mãe *que ele possui*. Tendo passado a conhecer a sequência completa de incorporar, reter e livrar-se, agora percebe que o ato de lançar o carretei para longe é parte do jogo, ficando as outras partes implícitas, ou jogadas num estágio anterior. Em outras palavras, quando a mãe se afasta, trata-se não apenas da perda da mãe externa e real, mas também de um teste para o relacionamento do menino com sua mãe *interna*. Esta mãe interna reflete, em grande medida, os seus próprios sentimentos, que podem ser amorosos ou aterrorizantes, ou alternam rapidamente entre uma atitude e outra. Quando o menino percebe que consegue tornar-se senhor de seu relacionamento com sua mãe interna, podendo inclusive livrar-se dela agressivamente (Freud o assinala claramente), ele pode aceitar o desaparecimento de sua mãe *externa* sem temer em demasia o seu retorno.

Nestes últimos anos pude compreender (aplicando o trabalho de Melanie Klein) a função, na mente do bebê, do medo de perder a mãe ou

ambos os pais enquanto possui interna valiosa. Quando a mãe afasta-se da criança, esta sente que perdeu não apenas a pessoa real, mas também a contraparte no interior de sua mente, pois a mãe no mundo externo e aquela do mundo interno estão ainda muito ligadas uma à outra na mente do bebê, sendo até certo ponto interdependentes. A perda da mãe interna, que havia adquirido para o bebê o caráter de uma fonte de amor e proteção e da própria vida, reforça enormemente a ameaça de perder a mãe real. Mais ainda: o bebê que joga a espátula para longe (e creio que o mesmo se aplica ao menino com o carretei) não está apenas livrando-se de uma mãe externa e interna que acitou a sua agressividade e está sendo expelida, mas que pode ser trazida de volta; em minha opinião, o bebê está ao mesmo tempo externalizando uma mãe interna cuja perda teme, a fim de demonstrar a si mesmo que essa mãe interna, agora representada pelo brinquedo no chão, não desapareceu de seu mundo interno, não foi destruída pelo ato de incorporação, continua amiga e ainda quer brincar. Desta forma a criança realiza uma revisão em seus relacionamentos com pessoas e coisas tanto interna quanto externamente.

Assim, um dos significados mais profundos dessa terceira fase na situação-padrão é a de que, nela, a criança alcança um reassseguramento quanto ao destino de sua mãe interna e quanto à sua atitude. O estado de espírito depressivo que acompanhava a ansiedade em relação à mãe interna é aliviado, e a felicidade é reconquistada. Tais conclusões, é bem verdade, jamais poderiam ocorrer apenas graças à observação, mas o entendimento de Freud em relação ao jogo do carretei tampouco poderia ter sido alcançado sem o conhecimento adquirido através da análise propriamente dita. Na análise de crianças pequenas através dos brinquedos, podemos ver que as tendências destrutivas, que põem em perigo as pessoas que a criança ama na realidade externa e em seu mundo interno, provocam medo, culpa e remorso. Algo estará faltando até que a criança sinta que, por meio de seus atos ao brincar, conseguiu efetuar a reparação e trazer de volta à vida as pessoas cuja perda ela tanto teme.

Resumo

Neste trabalho procurei descrever um modo pelo qual é possível observar bebês objetivamente, baseado na observação objetiva de pacientes em análise e ao mesmo tempo estreitamente relacionado com situações cotidianas que ocorrem em casa. Descrevi uma situação-padrão, e apresentei o que considero uma sequência normal de eventos nessa situação-padrão. Nessa

seqüência há muitos pontos nos quais a ansiedade pode tornar-se manifesta ou permanecer implícita, e para um desses pontos, ao qual chamarei de momento de hesitação, pedi uma atenção especial através da apresentação do caso de uma menina de sete meses de idade que desenvolveu assim por duas vezes nesse estágio. Mostrei que a hesitação indica ansiedade, bem como a presença de um superego na mente do bebê, e sugeri que o comportamento da criança não poderá ser compreendido inteiramente a não ser que se assumasse a existência de fantasias do bebê.

Outras situações-padrão poderiam ser facilmente estabelecidas, a fim de trazer à luz outros interesses infantis e ilustrar outras ansiedades. O contexto por mim descrito parece-me especialmente interessante pelo fato de que qualquer médico pode utilizá-lo, levando à confirmação ou à modificação de minhas observações, e por proporcionar além do mais um método prático pelo qual certos princípios da psicologia poderiam ser demonstrados clinicamente sem causar danos aos pacientes.

O TEXTO A SEGUIR é um relato feito à Sociedade dos casos atendidos no Departamento Infantil do Instituto de Psicanálise, em Londres, no período de um ano. O que tenho a dizer, portanto, não é diretamente analítico, mas creio que irá interessar aos psicanalistas.

Uma das razões que levaram à criação do Departamento Infantil foi a de colocar uma clínica à disposição das crianças trazidas ao Instituto para serem examinadas. Era fácil prever as dificuldades e decepções que esse trabalho do Departamento Infantil certamente acarretaria, e que minha descrição desse ano de trabalho mostra claramente. Tais casos vêm simplesmente somar-se aos milhares de outros que igualmente tenho que enfrentar como médico num Hospital Pediátrico.

No período de um ano dediquei-me a cada um dos casos, investindo de liberadamente o meu tempo a fim de fazê-lo, e também para estar em condições de produzir o relatório ora apresentado à Sociedade.

Gostaria de esclarecer que estou expondo um relato dos casos realmente encaminhados ao Departamento Infantil no decorrer de um ano, e que não incluo aqui os casos indicados para tratamento com formandos, todos eles provenientes de outras fontes.

Alguns dos pacientes acabaram por jamais comparecer às consultas. Por exemplo: Um médico ligou a respeito de sua filha de três anos e meio, que havia recentemente começado a apresentar uma forte gagueira. Era filha única. Aparentemente, a menina havia se apegado intensamente a uma tia que dela cuidava enquanto os pais não estavam em casa. O pesar devido à partida da tia não se manifestou até que uma amiguinha dessa menina tam-

Capítulo V

Consultas no Departamento Infantil¹

(1942)

¹ Apresentado à British Psycho-Analytical Society em 3 de junho de 1942. Publicado pelo Int. J. Psycho-Anal., vol. XXIII, 1942.

bem foi embora da sua vizinhança. Ela entrou então em depressão e passou a gaguejar. No inquérito ficou claro que o desenvolvimento emocional da criança transcorreria normalmente até esses dois episódios, e o seu lar mostrava-se razoavelmente estável e amoroso. Como a menina morava muito longe, não podendo vir a análise sem correr o risco de cursar-se fisicamente, respondi à pergunta do pai sobre a necessidade de um tratamento analítico, dizendo que em minha opinião era normal uma criança de três anos e meio apresentar sintomas bastante violentos, e que se o seu desenvolvimento em outros aspectos era satisfatório, o melhor seria ignorar os sintomas e não procurar ajuda psicanalítica por enquanto. Uma semana depois o médico telefonou novamente, desta vez para dizer que os sintomas da criança haviam desaparecido.

Todos provavelmente concordarão com a ideia de que não é correto exaltar o valor que uma análise teria, se aplicada, num caso em que a análise não era possível. Os pais que comparecem à consulta sentem-se culpados em relação aos sintomas e doenças de seus filhos, e o comportamento do médico determinará se eles irão voltar para casa calmamente, retomando a responsabilidade tão bem assumida até então, ou se entregarão ansiosamente essa responsabilidade nas mãos do médico ou da clínica. É obviamente melhor que os pais mantenham essa responsabilidade na medida em que a podem suportar, especialmente quando não há a chance de a análise ajudar, tratando a doença real da criança.

Caso 1. Ellen, onze anos, vivendo em Londres. Primeira e única filha. Não conseguiu obter uma boa história em menos de uma hora, e não pude deixar de empregar outras quatro horas nesse caso. Aqui estão alguns detalhes.

Com certeza, a criança era normal física, emocional e intelectualmente até um ano de idade. A essa altura, no entanto, a mãe deixou o marido e levou a menina embora, depois do que o pai só a via a intervalos. Quando tinha 6 anos e meio o pai chegou, sem avisar, e pegou-a a caminho da escola, levando-a com ele em seu carro. Ela foi com o pai sem dizer palavra, e ficou contente por ser trazida de volta a Londres. Em seguida o pai iniciou um processo de divórcio. Quando tinha nove anos o pai casou novamente, desta vez fazendo uma excelente escolha. O ambiente familiar de Ellen agora era bom, pela primeira vez desde que ela tinha um ano de idade.

A queixa era de que Ellen era artificial. Ela era bem-comportada, afetuosa e inteligente. O problema era 'não ser possível alcançar uma base sincera com ela', disse o pai. Além do mais era infantil para a idade, e parecia impossível prever o que iria acontecer ao longo do dia a partir de seu estado de espírito ao acordar. Os boletins da escola mostravam altos e baixos, e o motivo da consulta foi um episódio de furto, que se tornou mais digno de nota que os pequenos furtos das crianças

na escola, talvez por causa da ausência de vergonha. Era fatal oferecer algo bom e especial para ela. Fosse o que fosse, ou dado não importava por quem, ela ficava deprimida e irritada. Os pais diziam que se fosse apanhada desprevenida, em geral a encontravam triste. O humor de sua mãe verdadeira também era pouco confiável.

Superficialmente, a menina estava muito feliz com o pai, e principalmente com a mãe adotiva, a quem ela se apegou. Mas não era difícil perceber que ela vivia um luto pela perda da mãe verdadeira, a qual havia sido tudo menos uma boa mãe. Não foi possível conseguir uma análise para ela. Uma das razões era que nenhum analista capaz de dar conta desse caso tinha horário vago para crianças encaminhadas pela clínica. Receto que esta venha a ser uma questão recorrente. Foi influenciado também pela importância, para a menina, de continuar itequilibrando a escola onde ela havia roubado chocolates, onde conservava alguns bons contatos, ao menos com os funcionários, e onde talvez ela ainda conseguisse se sair bem. Ela ainda era bem-vinda ali, mesmo que fosse criança-problema. Numa carta à escola pedi que qualquer tentativa de 'curá-la', de torná-la normal, fosse abandonada. Já seria muito bom se incidentes de maior porte fossem evitados.

A possibilidade de analisar uma criança desse tipo levanta um problema muito especial. Conheci e conheço tratamentos de crianças profundamente desconfiadas, mas nada pode ser feito quanto ao perigo de a criança recusar-se a vir ao tratamento num estágio inicial.

Devo manter-me atento para ver essa criança novamente à medida que novas crises vierem a ocorrer.

Caso 2 tinha como característica uma desconfiança semelhante. Nora, 13 anos, mora em Londres. Trazida por sua irmã, muito inteligente, por recusar-se a ir à escola. Era a mais nova entre vários filhos.

Convidei Nora a vir me ver algumas vezes. Ela veio, e fez alguns desenhos. Depois da segunda consulta, escreve-me a carta mais gentil do mundo, dizendo que não gostaria de vir mais. Neste caso evitei dar qualquer interpretação, porque sabia que se eu conseguisse atravessar a barreira da desconfiança, teria que me responsabilizar pelo tratamento, e não estava em condições de fazê-lo.

Conhecendo as dificuldades da menina, eu a transferi para o Hospital Infantil Paddington Green, e mandei atrás dela a assistente social psiquiátrica. Esta foi bem recebida e, após uma série de visitas regulares, conseguiu estabelecer um contato melhor do que eu havia conseguido. Alguns tempo depois, porém, a assistente, agora uma boa amiga, defrontou-se com uma outra versão da muralha intangível que eu havia encontrado tão rapidamente. Para que fosse possível uma análise neste caso, um profissional teria de ir à casa da menina diariamente, fazendo a primeira parte da análise ali e em passeios e visitas a museus. Naturalmente a clínica não tinha como fornecer esse tipo de atendimento, ainda que muitos de nós tenhamos experiências semelhantes, se lembrarmos as coisas imprevisíveis que já nos ocorriam ao longo de nosso trabalho.

A menina lucrava muito com as visitas da assistente, mas não voltou à escola. Ela está agora com a idade em que deveria deixar a escola, e depois de passar algum tempo fora de casa, parece que quer trabalhar.¹

Um valioso repositório de sentimentos e fantasias foi descoberto no decorrer de conversas sobre quadros famosos e na análise das produções artísticas da própria menina, aliás bastante razoáveis. Mas esse rico universo de fantasia era na verdade de um mundo interno secreto, e ela achou perigoso deixar que mesmo a assistente social (muito competente em não forçar a amizade) subisse algo mais a seu respeito além de sua existência.

De acordo com a minha experiência, muitos desses adolescentes, que parecem fracassados à época da consulta, vêm depois pedir ajuda, ou mesmo análise, quando já podem decidir por si próprios. Além disso, crianças que estão tentando lidar com os agudos problemas do início da puberdade recebem muitas vezes ajuda fora da família, especialmente quando a família se encontra em estado de equilíbrio instável.

Caso 3. Maisie, de três anos. Este foi um caso agudo. Maisie tornou-se uma criança extremamente inquietada e passou a balançar-se compulsivamente de um modo intensamente perturbador, sentindo uma ansiedade neurótica em conexão com a fase final de gravidez da sua mãe. O parto estava demorado, e meu contato com a criança durou até o nascimento do novo bebê. A tensão cedeu consideravelmente depois que este finalmente nasceu. Tinha sido muito bom se a criança pudesse começar a sua análise nesse momento, mas não havia ninguém em condições de acompanhar com a onerosa tarefa de levar e trazer a menina todo dia. Aliás, a menina sofria muitíssimo com a falta de alguém que soubesse com ela, mesmo para caminhar um pouco.

A única ajuda que lhe pude prestar consistiu em ir à sua casa. Consegui estar com ela a sós, e não usei brinquedos. A princípio achei-a maníaca ao ponto de inacessibilidade, mas ela ouvia e prestava atenção às minhas interpretações, e passou a valorizar as minhas visitas.

Seu brincar estava claramente voltado para o controle de fantasias relativas ao nascimento, e posteriormente de fantasias ligadas ao relacionamento entre os pais. Em cinco visitas ao longo de duas semanas, recolhi uma imensa quantidade de material para interpretações, dadas no sentido pleno da palavra, e usando a transferência desde o início.

É difícil avaliar resultados. Naturalmente, eu não buscava produzir qualquer mudança permanente na personalidade da menina, mas tive a satisfação de ver o caos de suas fantasias tornar-se mais organizado, e o comportamento maníaco transformar-se na capacidade de brincar de modo menos caótico, com nexos, como

¹ Algum tempo depois: Norah está trabalhando e saindo-se bem. Aparentemente, conseguiu ultrapassar com êxito a difícil fase da sua puberdade.

teria ocorrido numa análise bastante razoável. As fantasias passaram a ser explicitadas claramente, e lidavam com muitos aspectos de sua ansiedade relativa à gravidez da mãe, que lhe parecia nunca chegar ao fim. Um aspecto importante era o que dizia respeito a um dano causado à sua mãe. Grande parte do material referia-se à distinção entre um homem mau que pusera a mãe naquele estado, e um homem bom (seu pai era médico) que a ajudaria a sair daquela situação.

Havia também fantasias de incorporação do analista, bastante intensas, que expressavam a sua permanente necessidade de estar comigo.

Depois que a mãe deu à luz a criança sentiu um grande alívio, e não demorou muito para estabelecer um relacionamento normal com sua nova irmã. Ela ainda precisa de análise, e se houvesse alguém que pudesse trazê-la à clínica eu teria providenciado um tratamento para ela, um caso agudo, mas não necessariamente muito difícil.

Caso 4. Tommy, de doze anos, morando em Londres, foi um caso insatisfatório do meu ponto de vista. O menino veio com a carta de uma clínica. Poderíamos dar-lhe um tratamento psicanalítico? A resposta foi: Não, porque alguém teria que se encarregar de trazê-lo diariamente à clínica de um lugar bem distante. Além disso, tratava-se de um menino decididamente psicótico, do tipo esquizofrênico, necessitando, portanto, de uma análise de pesquisas que só poderia ser feita por um analista de crianças experiente, e na época não teria sido possível conseguir uma pessoa nessas condições com vaga para uma análise sem pagamento.

Encontrei o menino e a mãe durante cerca de uma hora. A mãe mostrava-se muito desconfiada, e o fato de a visita não ter dado bons resultados aumentou sua má vontade contra clínicas e hospitais.

Menciono com insistência esse tipo de detalhe, porque não me parece correto tentarmos fazer o que não podemos fazer. Não adianta nos encaminhar em casos se a criança mora num bairro afastado, a não ser que haja condições excepcionais de transporte ou que a criança possa vir sozinha. E há uma vaga, não se pode encaminhar para um formando um caso tão difícil quanto este seria. Por tudo isto, as consultas se revelam um trabalho inútil, a não ser que se tenha uma visão muito ampla das atribuições de quem realiza as consultas.

Caso 5. Novamente, uma entrevista inútil. Max, de nove anos, morando fora de Londres. Refugiado da Alemanha.

Os pais do menino conheciam a psicanálise, e naturalmente pensaram em levá-lo a tratamento quando perceberam a sua aflição. O menino certamente precisava disso, mas para que ele fosse analisado eu teria que encontrar primeiro uma instituição ou escola onde ele pudesse ficar. Os pais não se deram conta de que não seria possível resolver esse problema, e a meu ver ficaram extremamente decep-

Eu diria que uma verdadeira análise havia começado, e que foi realizado um trabalho suficiente sobre as suas reações aos finais de semana e aos feriados, e assim por diante, a ponto de permitir-lhe lidar com o fim do tratamento quando a sua vida tornou-se impossível. O que fiz, embora não fosse análise, somente poderia ter sido feito por um analista, com experiência em análises longas e livres da presença do tempo, nas quais é possível permitir que o material force por si mesmo a atenção do analista, enquanto este aprende aos poucos a perceber o seu sentido.

Destas vezes ambos os pais eram médicos. A mãe veio e discutiu os problemas surgidos na relação com o filho, e isto, obviamente, levou pelo menos uma hora. Aparentemente, o pai havia sido tímido ao longo da sua vida, e esperava encontrar no filho todas as robustas qualidades que faltavam nele mesmo. Casou-se com uma mulher muitíssimo forte, e agora o único filho de ambos revelava-se um menino tímido, quase exatamente como o pai. Tornou-se evidente que os pais podiam lidar muito bem com o filho, se conseguissem admitir a ideia de que ele era tímido. Na verdade, a organização passiva masoquista do menino era quase patológica. Tive muita vontade de conseguir-lhe uma análise, e não há total certeza de que tal coisa seja impossível neste caso. Mas apesar das minhas esperanças de conseguir um analista para o menino, considerei mal ideia de deixar que os pais vejam na análise a sua salvação. É preciso que eles se adaptem à situação sem levar em conta a análise, que eu só lhes oferecerei quando for possível. O que quero dizer é que não se deve dar aos pais a impressão de que "sim, a análise vai curá-lo, vai fazer com que ele seja como vocês querem, sem que vocês precisem fazer nada." Não entre- vistei o menino.

O caso seguinte foi bem mais satisfatório, embora este aspecto dependesse da minha capacidade de fazer algo imediatamente. Não sei se algum dia chegaremos a resolver o problema de haver sempre uma vaga pronta e esperando. Mas um material crítico tem um interesse todo especial, e analis-

Caso 6. Um pouco menos insatisfatório. Tessa, de treze anos, Miora no subúrbio. O pai da menina telefonou pedindo que ela fosse analisada, porque não estava se saindo tão bem na escola quanto ele esperava. Numa rápida entrevista cheguei à conclusão de que a menina não estava psiquiatricamente doente. Houve dificuldade des, inclusive a expectativa exagerada do pai, que queria ver a menina empurrar a família para cima tornando-se médica, mas ela não se entusiasmava com a ideia. Passei o caso para uma colega, que abordou a história de modo mais detalhado, aconselhando sobre escolaridade, já que ela conhecia bem essa área. À época não havia vaga para análise, e de qualquer modo teria sido impossível para a menina continuar na escola e vir todo dia à clínica.¹

! Olhando para trás, creio que esse pai pretendia entrar em contato com o Instituto Nacional de Psicologia Industrial, mas não sabia o nome exato do mesmo.

tas que nunca têm tempo para aceitar um caso agudo deixam de viver experiências muito valiosas.

Caso 9. Francis, de onze anos. O menino foi trazido diretamente à clínica por sua mãe, que pedia ajuda urgente. Era um menino violento e patológico em vários aspectos, e estava aflito por sua condição, sendo que ele próprio pedia ajuda constantemente.

A consulta original com a mãe durou duas horas, e foi muito importante. Descobri que havia duas pessoas doentes nesse caso, a mãe e o menino. Havia uma infinidade de detalhes muito interessantes que poderiam ser relacionados sobre este caso, mas apresentá-los aqui me faria ir além de meu objetivo no momento.

Eu diria que há um interesse especial no modo pelo qual a mania do menino relacionava-se à depressão da mãe: a intolância dele à depressão materna tornava-o maníaco. A fim de ajudá-la, eu tive que iniciar o tratamento do menino imediatamente. O resultado das primeiras semanas de trabalho, em que ele se comportou como um adulto inquieto e preferiu deitar no divã em vez de desenhar ou brincar, foi uma mudança de sua atitude em relação ao seu pai real. Ele recobrou confiança no pai em seguida a interpretações diretas do conteúdo edípico de material formado dramaticamente relativo a brincadeiras com a irmã. Em sua fantasia, o pai sexual era mau e fazia mal ao corpo da mãe, de modo que a Gestapo estava atuando do seu lado quando levou o pai embora à força, e ele se identificava intensamente com os policiais. Pouco tempo depois ele passou a me considerar como um pai bom, capaz de ajudar mas destituído de sexualidade, e pediu-me para atender a sua mãe de vez em quando, especialmente pelo fato de ela ter estado menos depressiva desde que eu havia entrado em suas vidas. É importante notar que ele não me considerava 'apaixonado por sua mãe', coisa que, segundo os seus padrões, acontecia com todos os homens de quem ele havia gostado antes da análise.

Não fiquei desapontado ao ouvir que a depressão da mãe retornou assim que ela conseguiu mandar o menino para um colégio interno. Nas circunstâncias, este foi um grande avanço na dinâmica familiar, e teve como significado que uma figura paterna havia retornado ao lar. A análise está funcionando muito bem. O menino vem me ver sempre que há um feriado, e utiliza o tratamento tão plenamente quanto possível, dadas as circunstâncias.

Caso 10. Nellie, dezessete anos.

Nellie tem um irmão dois anos mais novo. Seu pai tinha sido médico, e ele e seus amigos a valorizavam muito. Mas quando ela tinha quatro anos o pai morreu, o que levou sua mãe a mudar-se para a cidade, trazendo consigo a menina e seu irmão. A vida agora era inteiramente diferente, e os adultos eram em sua maioria mulheres, de modo que o menino tornou-se o centro de interesse em seu lugar. É possível que a mudança de ambiente ocorrida logo após a morte do pai tenha sido demais para ela, pois ela teve uma parada no que até então havia sido um desenvolvimento intelectual e emocional bastante bom. Aos dezessete teve uma doença

que consistia em movimentos corporais incessantes, que alguns médicos diagnosticaram como coreia. Seu próprio médico, amigo de seu falecido pai, afirmou que não se tratava de coreia verdadeira, dada a existência de óbvias e prolongadas dificuldades psicológicas. Num exame cuidadoso, porém, inclinei-me por dizer que se tratava de coreia verdadeira, o que simplifiquei minha comunicação à escola. Pois é mais fácil dizer a um professor que ele deve tolerar uma caligrafia ruim por causa da coreia do que em razão de dificuldades emocionais. As queixas principais, porém, não podiam ser atribuídas à coreia, inclusive a que se referia à dificuldade de fazer amigos. O professor escreveu: 'Há um voltar-se para longe, em vez de um voltar-se em direção a, de um modo diferente da natural reserva dos adolescentes, e que também não é característico da tão normal "introversão".' Atendi essa menina várias vezes, e ela parecia gostar do interesse demonstrado pelo novo médico. No entanto, ela estava inteiramente satisfeita em ser exatamente como era, de modo que eu nada pude fazer neste caso, exceto indicar que a menina estava convalescendo de uma coreia.

Caso 11. Nancy, vinte anos, morando em Londres, alojada num pensionato dos arredores. Apresento o caso apesar da sua idade, por tratar-se clinicamente de uma adolescente.

Nancy veio me ver com um relatório de sua escola preparatória de professores, que levei meia hora para ler. Tive longas entrevistas com sua mãe, li muitas cartas escritas por ela, e encontrei umas dez vezes no período de seis meses. O pai havia morrido quando ela tinha seis anos, e a mãe dedicou-se a criar os dois filhos.

Há um irmão de 17 anos, esperto e saudável.

Em duas palavras, eu diria que se tratava de uma doce menina bem limpinha e bem vestidinha numa condição de adolescência tardia. A atmosfera tão acolhedora de seu excelente lar, bem como as suas dificuldades internas, tornaram difícil para ela dar o próximo passo em seu desenvolvimento, que consistiria em afirmar-se. O melhor que ela conseguiu fazer, em termos psiquiátricos, foi dar um pontapé na menina que era sua colega de quarto, estudante da mesma escola. O 'sintoma' foi amplificado até tornar-se um caso tão grave, que a escola decidiu não recomendá-la para um emprego de professora a não ser que eu assumisse a responsabilidade. E eu assumi. Diziam que ela era perigosamente impulsiva — 'poderia bater numa criança'!

Se Nancy traía afastar-se para sempre da agressão impulsiva e organizar-se em termos que a levariam a algum tipo de colapso, ou se ela enfrentaria corajosamente o

A menina escreveu, dizendo que havia passado nos exames e estava estudando para tornar-se massagista. Ela parecia acreditar que as entrevistas comigo tinham algo a ver com a sua melhoria!

lado antipático que estava escondido dentro dessas pessoas bonitinha e bem armadas era algo que exigia atividade. Creio tê-la ajudado a escolher esse segundo caminho, mas para isso eu tinha que vê-la. E tinha que ver também a sua mãe muitas e muitas vezes, a fim de impedi-la de escrever cartas difamatórias em defesa de sua filhinha perfeita. Posteriormente tive de ir pessoalmente encontrar um novo alojamento para ela, ou seja, um pensionato que nada tivesse a ver com a escola. Pois os funcionários da escola preparatória (na verdade, uma escola bastante 'avançada') estavam inteiramente convencidos de que a menina era pertigosa. Na verdade, ela faz o tipo de uma professora de jardim de infância excepcionalmente boa, se puder suportar a dor causada à mãe por viver longe dela.

Obviamente, era um caso de análise, mas eu nada faria de útil colocando-a numa lista de espera. Fiz com que ela subdesse que a psicanálise existe, e creio que algum dia ela encontrará um emprego em Londres, e então poderá inscrever-se na clínica. O trágico é que no momento em que ela se inscrever, a psicanálise gratuita pode não estar disponível.

O caso seguinte é de um menino que foi ajudado por mim, apesar de não poder vir à análise.

Caso 12. Keith, três anos e meio, morando no subúrbio.

Keith me é enviado por um conhecido, um médico amigo meu. Esse médico é um pouco psicólogo, e disse que a ele parecia claro que a mãe do menino (uma moça não judia, casada com um homem pertencente a um clã judaico) o estava negligenciando. Depois que me contei do caso, percebi que havia um choque entre dois métodos bem diferentes de criação de filhos. A mãe mostrou precisar urgentemente de apoio. Ela recebeu ajuda imediata pelo fato de poder relatar-me os detalhes da anamnese, o que não consigo fazer em menos de uma hora.

O menino fora fácil de alimentar ao seio (por seis meses), e a princípio fora fácil de educar. As dificuldades surgiram com a introdução de alimentos sólidos. Intelectualmente, ele estava sempre um passo adiante. Enquanto bebe, era do tipo passivo, satisfazendo-se em ficar deitado e sorrir. Quase nunca chorava, em contraste com o novo irmão (agora com nove meses) que se comporta de modo bastante usual. As queixas eram: não dorme, mesmo com remédios. Grita com raiva, não aceita nada desde os dois anos. E sempre um problema para comer, desde que passou para os sólidos. Não tem 'garras' com as outras crianças, transformando qualquer criança num tirano. Não suporta ouvir um 'Não'. Além disso, não pode ser deixado sozinho com o bebê, por causa do ciúme que não apareceu até que o irmão chegou a uns oito meses de idade.

Atendi o menino uma vez por semana, visto que não era possível conseguir-lhe uma análise. Enquanto puderam trazê-lo, agi com ele exatamente como se ele estivesse

Mais tarde: Nancy terminou a escola preparatória sem outros incidentes, e começou a trabalhar num bom emprego. Suas defesas estão se organizando na direção de um interesse pela espiritualidade, havendo fortes precedentes em sua família nesse sentido.

vesse em análise, e ele forneceu um material que tinha a ver com a ideia de lidar mentalmente com o pai e a mãe. Em consequência do tratamento seu relacionamento com a mãe melhorou, ele tornou-se realmente carinhoso com ela, e pela primeira vez disse 'Eu te amo, quero te dar um beijo'. Começou também a dormir de um modo que não acontecia desde que tinha dois anos de idade, e suportou bastante bem quando o pai foi para o exército. Quando a mãe passou a ter dificuldades para continuar a trazê-lo, eu a apoiei no sentido de parar o tratamento, pois a alteração teria sido a de dizer para a família do marido que o menino precisava de nativa ajuda do que ela podia lhe dar, e isto iria diminuir novamente a sua confiança em si mesma.

Se eu tivesse dito que nada mais poderia ser feito a não ser análise, teria perdido uma boa chance de fazer psicoterapia, e se me limitasse a aconselhar a mãe eu poderia não vir a encontrar essa nova capacidade do menino de falar de seu amor por ela, o que ocorreu como consequência do tratamento. O fator externo adverso era uma forte mas não patológica homossexualidade do pai, que esta criança específica não podia suportar enquanto não expressasse sua hostilidade em relação a ele através dos brinquedos. Dramatizou isso por meio de um boneco que fingia tirar do ânus, fazendo um esforço deliberado para que eu entendesse o que ele pretendia dizer, chamando o boneco de 'papai'. Depois de livrar-se do papai homosssexual através do brinquedo, seu relacionamento com o pai e a mãe reais melhorou.

Ajudei também um pouco a menina do caso seguinte.

Caso 13. Gertie, 17 anos, morando em Londres.

Esta menina foi encaminhada pela diretora de uma escola secundária. Foi dito que ela não alcançava os padrões da escola, que não tinha beleza, nem amigos — de fato, parecia incrivelmente solitária. Era capaz de responder inteligentemente às perguntas, mas tinha problemas de fala. Por algum tempo ela se tratou numa outra clínica, mas sem qualquer resultado. Tudo isto me foi relatado pela escola ao telefone.

Levi uma hora inteira até obter a história de sua mãe, que havia sido bem-sucedida em criar o filho mais velho (quatro anos mais que Gertie). A mãe sentiu-se ansiosa durante a gravidez da menina, e depois do parto passou a preocupar-se com ela. Tentou desmamá-la, mas o clínico geral (de um modo provavelmente questionável, neste caso) persuadiu-a a continuar amamentando, o que ela fez por nove meses inteiros.

Os sinais precoces de inteligência apareceram normalmente, ficando claro que a criança não sofria de nenhum tipo de defeito no tecido cerebral. Durante a amamentação, mãe lembrou-se de que aos cinco anos a menina atingiu seu irmão na cabeça, fazendo-o sangrar, e achava que este pode ter sido um incidente importante. Por volta dessa época ela deixou de se desenvolver intelectualmente num ritmo normal. Trata-se de uma família inteligente.

A menina contou-me que tem 'medo de médicos', e de fato ela já havia sido examinada por muitos. Fizemos uma lista das coisas que precisavam ser curadas:

espínnhas, tendência a ter pústulas, suor excessivo, notas baixas nas provas, dificuldade para falar e escrever, dificuldade para fazer amigos, dificuldade para saber que trabalho fazer, e também as preocupações hipocôndriacas da mãe.

O que ela parecia necessitar urgentemente era de um médico que lhe dissesse, na frente de sua mãe, que ela faria bem em não consultar mais nenhum médico. E eu o fiz. Um mês depois ela veio me ver e disse que conseguira um emprego e que agora tinha amigos e estava começando a se sentir mais confiante.

Se a tivesse posto numa lista de espera de análise, eu teria sido um mau médico. Costaria de ser bem compreendido neste ponto. Acredito não existir terapia alguma que se compare com a análise. Visto que esta não era possível, porém, a alternativa era fazer o que fiz, agindo como se a psicanálise não existisse, e colocando a menina fora de qualquer tipo de terapia.

O caso seguinte me foi encaminhado por um médico, depois de uma visita que fiz a uma clínica de aconselhamento de crianças.

Caso 14. Um menino de dez anos de idade, morando num pensionato nos arredores. Esse menino precisa urgentemente de ajuda, e tem consciência disso. No entanto, ele só poderia ser analisado se tivesse uma casa onde ficar, da qual ele pudesse ir à clínica. Espero que um dia exista uma casa desse tipo, pois diante dos recentes avanços da psicanálise tornou-se possível fazer mais pesquisas com crianças doentes.

Levei uma hora para conseguir uma boa história desse caso e outra para estabelecer contato com o menino, contato que me era necessário para chegar a uma conclusão sobre sua inteligência, o desenvolvimento emocional, a doença e o prognóstico. Atendi o menino umas doze vezes porque ele me implorou, dada a enorme ansiedade psíquica à qual está sujeito.

Seus problemas começaram com o difícil nascimento, adiado por um mês, o que fez com que ele nascesse muito grande. Nasceu azul, e com cortes pelo corpo. Pensou-se que estivesse morto, mas, para surpresa do médico, mostrou sinais de vida depois de ter sido abandonado. O médico disse para a mãe: 'Bem, aqui está o seu bebê, e ele vai lhe dar um bocado de trabalho', um prognóstico preciso. Aos cinco anos foi considerado mentalmente deficiente por um famoso hospital para crianças. Na verdade não é retardado, mas é doente a ponto de prejudicar seus relacionamentos. Na escola consideram-no esquisito, mas gostam bastante dele.

Ele é dado a ataques de terror extremo sem causa externa aparente, e tem momentos de incontrolável mau comportamento, além de lhe surgirem idéias insanas de todo tipo. Por exemplo, um dia ele me apareceu carregando um tanque em suas mãos. Com isto não quero dizer que ele tinha um tanque de brinquedo nas mãos ou a idéia de um tanque na cabeça, mas sim que sentia ter realmente um tanque nas mãos. Tentava incessantemente tirá-lo dali, esfregando as mãos entre as pernas, passando-as por entre as coxas bem apertadas. Fez um desenho mostrando como

se sentia. Por muito tempo, sempre que ia ao banheiro defecar, um determinado tijolo parecia sair da parede e flutuar ao seu redor.

Outros detalhes do caso não teriam lugar neste momento, mas pareceu-me uma boa idéia fazer algo mais do que simplesmente entrevistá-lo durante a consulta. Enquanto continuo a atender o menino (no início, uma vez por semana, mas agora já posso estender o intervalo para um mês), ele tornou-se capaz de evitar problemas na escola, e seus ataques de pânico são menos intensos. Não por algo específico co que eu tenha feito.

Ele é habilitadíssimo em marcenaria e costura, e adora a idéia de trabalhar no campo. Atualmente tem lido muito sobre aviões, e dá a impressão de que se tornará um adulto irrequerido e excepcionalmente interessante, inconsistente mas brilhante.

* * *

Meu objetivo era, como afirmei no início, relatar uma série de consultas. Não há nada de muito interessante quanto à série, exceto o fato de que ela engloba todos os casos encaminhados para nós durante um período de tempo, e possivelmente indica o tipo de casos que podemos esperar, se for feita alguma tentativa de ampliar o raio de ação do Departamento e estabelecer uma clínica ambulatorial.

Pode ser que algo desse material não psicanalítico tenha sido de interesse para os analistas. Minha opinião pessoal é de que material não analítico interessa justamente aos analistas. Por exemplo, quando uma mãe consegue seu filho, quem senão um analista poderia dar-lhe o que ela precisa, ou seja, o reconhecimento de que todas as peças realmente encaixam-se umas nas outras e formam um todo?

Por outro lado, muitos *insights* de pais e crianças fazem o analista lembrar-se de material pacientemente alcançado no trabalho analítico. Eu daria um passo a mais e diria que aprendi muitas coisas importantes para a análise nas consultas terapêuticas, e também no estudo de outros materiais não analíticos.

Aqui surge uma questão prática. O alvo prioritário das consultas no Instituto, creio eu, é o de fornecer casos adequados para os formandos, ou para analistas de adultos que pretendem passar a fazer análise de crianças. Jamais acreditei que esse objetivo seria alcançado, e creio que meus receios vitam-se confirmados pelo presente relatório. Trata-se de algo que teremos de ir resolvendo pouco a pouco, mas a mim parece que o lugar apropriado onde podem ser encontrados bons casos para os formandos é o setor de pediatria de um hospital.

A esse respeito existem dois pontos de vista. De acordo com um deles, podemos estimular um grande número de casos à invadir o Instituto, e reter uma certa percentagem adequada para a formação dos analistas, deixando que o resto caia fora por cansaço e por não agüentar mais agarrar-se à lista de espera, sua única esperança. O outro ponto de vista consiste em que alguém fique encarregado de examinar e lidar com um grande número de casos psiquiátricos de todos os tipos; desta maneira, a pressão social seria resolvida e de vez em quando, de acordo com as exigências do programa de formação, certos casos adequados seriam encaminhados aos analistas.

Tratando-se de crianças, talvez o segundo método seja o único possível, visto que os adultos que as trazem são geralmente saudáveis e normais. Se uma criança é simplesmente colocada na lista de espera, o adulto vai a outro lugar em busca de aconselhamento. Mesmo duas semanas de espera são suficientes para desencorajar os pais ou os responsáveis. Uma série de crianças colocadas na lista de espera e ali deixadas seria uma fonte de permanente mal-estar, intertindo séria e incessantemente nas relações entre a Sociedade e o mundo exterior.

Até onde posso perceber, ainda que seja preciso que alguém continue a atender os que procuram o Instituto no momento presente, continuará sendo necessário buscar material analítico em outras clínicas a fim de atender às necessidades do ensino, principalmente se levarmos em conta que a melhor maneira de começar a ensinar análise de crianças é dispondo de uma criança de três anos, não muito doente.

Talvez seja este o lugar para apresentar uma lista das condições a serem preenchidas, quando procuro uma criança que possa ser tratada por um formador. Devo encontrar uma criança que atenda aos requisitos de sexo e idade, que esteja dentro das categorias corretas de diagnóstico e grau de comprometimento, com uma mãe verdadeiramente — mas não hipocriticamente — preocupada com os problemas da criança, e que more num lugar de onde possa facilmente chegar à clínica. As circunstâncias externas devem permitir que a mãe gaste duas ou três horas por dia com um de seus filhos. A criança dos pais no médico deve ser suficiente para agüentarem um bom período sem muitos resultados em termos de mudanças nos sintomas da criança. E o status social da família deve permitir que a mãe gaste um bom dinheiro todos os dias com passagens de trem e ônibus.

Somente numa pequena percentagem dos casos, todas essas condições podem ser satisfeitas. No momento, os casos que procuram a clínica diretamente não nos permitem esperar nada que se pareça com o que exigem as ne-

cessidades da formação. E tenho dúvidas sobre se deve ser esta a nossa intenção algum dia.

É possível perceber um tom de frustração em meu relatório. Eu o admito. Tento sempre fazer com que o paciente seja analisado, sabendo muito bem que nada se aproxima ou pode ser comparado aos resultados alcançados pela análise. Ao mesmo tempo, estou inteiramente consciente de que só muito raramente a análise é ao mesmo tempo indicada e possível. Muitas vezes o paciente não pode ser trazido à clínica, ou há circunstâncias externas complicadas demais para serem resolvidas. Por outro lado, quando aparece um caso que pode ser tratado, nem sempre ele é adequado para um formador. É preciso lembrar também que só muito raramente há demanda de casos. Pode ocorrer, ao longo de três meses, que eu não receba nenhum pedido para encaminhar um paciente.

Meu sentimento de frustração, portanto, deveria suscitar a vossa simpatia. É óbvio que a única solução é a de termos mais analistas em formação e mais formados aprendendo a tratar de crianças. Todos nós ansiamos por isto, e também sabemos que é justamente neste ponto que as mudanças ocorrem com mais dificuldade, e que nada de bom pode ser feito apressadamente.

Pós-Escrito (1957)

Desde a data desta comunicação até o momento presente, não houve clínica infantil no Instituto, e portanto não houve lista de espera. Sempre que um formando precisava de um paciente infantil, buscava-se uma criança numa outra clínica.

Felizmente, duas mudanças ocorreram nesta última década: existem atualmente muitas clínicas às quais recorrer quando ocorre uma vaga para análise de criança, e hoje temos 30 analistas, em vez de seis de então, passando pela formação adicional em análise de crianças.

do os seus olhos. Atualmente, aos 50 anos de idade, ela começa a acreditar que apesar da frase do médico provavelmente escapará da cegueira. De modo inteiramente natural, as crianças sentem-se guardadas de seus olhos — assim como qualquer outra parte do corpo — e se não conseguirem manter-lhes saudáveis é como se não tivessem cumprido com sua responsabilidade.

A minha contribuição poderia girar inteiramente em torno do manejo normalmente adequado dos casos mais comuns. No entanto, creio ser necessário ir mais adiante e descrever os problemas psicológicos que afetam os olhos. Desejo chamar a atenção principalmente para os casos mais comuns desta natureza.

É necessário descrever três grandes grupos de sintomas psicológicos. Em primeiro lugar, o grupo de sintomas apresentados por crianças cuja estrutura de personalidade é satisfatória. No outro extremo estará o conjunto de sintomas associados com desvios na estrutura da personalidade, desvios de caráter primário ou provocados por danos ocorridos ao longo do processo de estruturação. No meio situa-se o grupo de sintomas que se aglomeram em torno da depressão. Naturalmente ocorrem fortes superposições, de modo que me é impossível lidar com os três grupos em termos de uma divisão total entre eles.

Psiconeurose

Uma criança cujo desenvolvimento emocional inicial tenha ocorrido normalmente, e cuja estrutura de personalidade é satisfatória, ainda assim está sujeita a todo tipo de sintomas, até mesmo os mais graves, e alguns deles podem ter a ver com os olhos. Um exemplo é o hábito de esfregar os olhos. Sabemos todos que esse hábito pode começar com uma blefarite, em seguida a sarampo ou a outra infecção, mas sempre há uma causa a mais, de natureza emocional, e em certos casos a motivação do comportamento pode ser inteiramente psicológica. Uma advertência: Tenho um certo receio de descrever fenômenos psicológicos a uma audiência de médicos. Os médicos, aparentemente, sentem-se na obrigação de *tratar e curar* qualquer sintoma. Em psicologia, no entanto, isto equivale a uma cilada e a uma ilusão. É preciso observar o sintoma sem tentar curá-lo, porque todo sintoma tem o seu valor para o paciente, e muitas vezes é melhor deixar o paciente em paz com o seu sintoma. Seja como for, é preciso que sejamos capazes de descrever problemas psicológicos sem nos sentirmos obrigados a dar respostas sobre como

Psiconeuroses Oculares da Infância (1944)

Capítulo VI

É FÁCIL DIZER que uma criança valoriza a visão, ou teme a cegueira, e no entanto não consegue dar conta da imensidade de esperanças e medos que esse sentido envolve.

O fato de que existem oftalmologistas que atendem especialmente a crianças mostra que há um reconhecimento geral de que as crianças necessitam de uma abordagem específica. O conhecimento da anatomia, fisiologia e patologia do olho pouco ajudam ao clínico que não consiga estabelecer contato com seu pequeno paciente. A habilidade de estabelecer tal contato depende, em grande medida, de o médico compreender ou não os sentimentos da criança, e de sua capacidade de reconhecer as suas esperanças, suspeitas e temores. A criança reconhece muito rapidamente se o médico acredita nela, e geralmente permite que o exame seja feito, e até coopera de modo muito produtivo.

Levando tal idéia adiante, concluímos que uma enorme quantidade de psicoterapia bem-sucedida é realizada permanentemente pelo manejo rotineiro e normal dos diversos casos. Por outro lado, no entanto, também é possível causar dano. Como exemplo gritante, cito o caso de uma amiga cuja infância foi desperdiçada pelo comentário de um especialista em cirurgia de olhos a quem ela foi levada na infância, e que disse a sua mãe, na presença da menina: 'Ela sofre de *retinitis pigmentosa*, e provavelmente ficará cega ao crescer.' Tratava-se, como é óbvio, de um prognóstico errado. Mas o importante é que o cirurgião não sabia até que ponto sua observação, dita na frente da menina, seria levada a sério. A criança passou a infância toda na expectativa de ficar cega, forçando-se a ler o máximo enquanto podia, e vivia testan-

excitável para o olho, que em si mesmo não é excitável. A paralisia da acomodação pode muitas vezes estar dramatizando a repressão de memórias visuais, especialmente quando a tentativa de exercer controle sobre a situação originalmente aterrorizante continua em vigor. Cheguei à conclusão de que um grande número de sintomas oculares menores, tais como o piscar ou o cansaço, que não podem ser referidos a problemas da refração, relacionam-se a culpas inconscientes pela visão de coisas que deveriam ter permanecido tabu.

Depressão

Chego agora à depressão e ao papel desempenhado por esta dificuldade nos problemas relacionados aos olhos. Nas crianças, assim como nos adultos, a depressão pode ser reconhecida como um estado de humor, aparecendo clinicamente sob a forma da ansiedade inquietante comum, ou da negação da depressão através da atividade ou vivacidade forçadas. Ao mesmo tempo, assim como nas fases depressivas dos adultos, podemos encontrar atos autodestrutivos de libertados ou acidentais, e também preocupações hipochondríacas a respeito do corpo ou de partes do corpo. Longe de ser uma doença rara, a depressão é um estado muito comum em crianças tanto quanto em adultos, e nem é necessariamente anormal. Preocupações hipochondríacas andam lado a lado com o cuidado comum. O aspecto normal da depressão consiste em que é preciso *ser capaz* de preocupar-se com o próprio corpo, sentir prazer com ele quando ele está bem e desejar que esteja bem quando se encontra doente. As lágrimas, abundantes em momentos de tristeza, têm também um valor fisiológico, fazendo com que o olho seco, consequência da fuga à tristeza, torne-se sujeito a infecções e à irritação da conjuntiva.

A hipochondria aparece no setor de oftalmologia tanto quanto em qualquer outro, sendo muito importante que o médico saiba o que está acontecendo. Em primeiro lugar ele deve estar apto a distinguir entre a hipochondria da mãe e a da criança. Muitas crianças usam olhos ou fazem inúmeros exames de vista por insistência da mãe que sofre dessa doença. Não há uma fronteira nítida entre a hipochondria da mãe e uma preocupação natural pela vista saudável da criança, de modo que o médico deve poder permitir que a mãe se preocupe, e às vezes dizer-lhe: 'Divida a responsabilidade comigo. Venha me ver de tanto em tanto, mas no momento os olhos de seu filho estão normais.' Se o médico diz à mãe hipochondríaca: 'Na minha opinião os olhos da criança estão normais, mas acho que seria bom fazer uma reação de

curá-los. A fim de tratar um paciente de maneira eficaz, é preciso dispor-se a realizar um longo trabalho, ou ajudar a carregar um pesado fardo, sendo ilógico atacar o sintoma antes de termos reconhecido e trabalhado o conflito mental que a ele subjaz. Por exemplo, uma criança pode estar se sentindo sonolenta ou deprimida, e nesse caso o ato de esfregar os olhos representa uma exploração da coceira que normalmente acompanha a sonolência, sendo portanto uma defesa natural da criança contra sentimentos intoleráveis. Ou então pode ocorrer que alguém esteja excitando excessivamente a criança, fazendo com que ela tenha de lidar com a exacerbção de sensações normais, incluindo talvez a de ardência nas pálpebras.

Devo mencionar também o fato de que o uso de óculos interfere com a boa aparência natural. De fato, muitas crianças não se importam com o uso de óculos, e inúmeras esperam ter que usá-los como um castigo por desejarem superar as outras em termos de aparência. Os óculos adquirem rapidamente um significado para a criança que os usa. Assim como o aparelho dentário, uma tábua ou mesmo as roupas, os óculos tornam-se parte da personalidade da criança, e há muito que dizer dos óculos enquanto feiço, mas isto mais frequentemente refere-se a adultos. As perversões nas quais os olhos e os óculos ocupam um lugar importante podem ser vislumbradas algumas vezes nas reações de crianças aos óculos e aos exames de vista.

Agora quanto ao olho propriamente dito. A função de verdadeiras complicadas do olho funciona muito bem sempre que a criança o usa da maneira normal, mas o que aconteceria se o olho fosse usado (inconscientemente) no lugar de um outro órgão do corpo? Como seria se o olho ocupasse o lugar de um órgão que contém tecido erétil, capaz de modificar-se quando excitado? Nesse caso o olho seria não apenas o órgão da visão, mas também uma parte excitável do corpo. Podem surgir sintomas. A mudança mais importante é um suprimimento de sangue exagerado em relação às necessidades do uso comum, e o resultado pode ser a vista cansada. Recetivos que pertencem a outras partes do corpo podem passar a ser dramatizados em torno do olho, e os olhos poderiam estar sendo usados pela criança como um meio de esconder olhos que se tornaram excitados, sentidos como se chamassem muita atenção. A cegueira histórica está associada à culpa por ver, especialmente quando o olho está fazendo mais do que apenas ver, e é usado para controlar. Não creio ser necessário lembrá-los de que não devemos esperar que o paciente esteja consciente do que está acontecendo, e nada de bom virá de explicações ou da insistência em que a força de vontade pode vencer sintomas históricos. O tratamento de um caso desse tipo em termos psicológicos inclui uma investigação dos motivos para o deslocamento do interesse do órgão normalmente

Wassermann, um hemograma e um teste de Mantoux, e creio que você deveria levá-la a um psicólogo, a mãe, longe de sentir-se tranqüilizada, irá convencê-la de que a missão de sua vida será preocupar-se com a saúde de seu filho. A hipococondria da própria criança exige um manejo ainda mais cuidadoso, sendo que a regra mais importante é a de que ela deve saber a verdade. Na maioria dos casos o médico pode dizer o que acha tanto à mãe quanto à criança, assim como o que deve ser feito, e como observar os desenvolvimentos futuros. A verdadeira tranqüilização é dada pela explicitação de fatos em condições de aceitar o reassseguramento e sentirão que algo lhes está sendo ocultado. Nesses casos faz-se necessário um manejo mais especializado, cuja descrição não cabe neste contexto, embora a questão seja de grande importância.

As atividades suicidas acarretadas pela depressão infantil passam facilmente despercebidas, embora sejam muitíssimo reais. A criança sente que há algo errado com ela, ou algo ruim. Ela não distingue facilmente entre fenômenos físicos e psicológicos, e assim ou cai doente, ou tem diarreia, ou permite que lhe aconteçam acidentes, ou derrama chá quente sobre si, ou então esfrega o olho quando há um cisco até que o olho fique arranhado e infecciona.

O olho é envolvido algumas vezes nas tentativas de fugir da depressão, de um modo que pode ser bem descrito se associarmos o estrabismo ao ato de chupar o dedo. O polegar representa o seio ou a mamadeira que o bebê solitário ou ansioso precisa manter na boca, ou ao lado. Da mesma forma, a criança fica reasssegurada ao retomar a mesma posição dos olhos que lhe permitia, na primeira infância, ver em detalhe o seio e o rosto da mãe bem ali, a poucos centímetros de sua boca, sem que sejam engolidos e sem se afastar de vez.

Esse estado de coisas pode ser descrito como um compromisso entre a visão subjetiva e a percepção objetiva. Nem sempre isto resultará em estrabismo, mas os olhos ficam seriamente assobrecidos pelo contínuo esforço realizado pela compulsação, que muitas vezes se manifesta por uma tremenda ansia de ler. Uma de minhas pacientes, que apresentou miopia por volta dos onze anos de idade, descreveu sua técnica de adormecer da seguinte maneira: ao deitar-se finalmente para dormir, ela pega um livro muitíssimo conhecido e o coloca bem perto dos olhos, onde pode ler sem seus grossos óculos.

Ela então lê e relê as frases conhecidas até não saber mais se está acordada. Naturalmente não lhe é possível desligar a luz. Ao acordar é preciso que ela se encontre lendo, tanto quanto antes de adormecer, mas agora ela alucina o livro e a página, o assunto e os caracteres. Uma vez acordada, surpreende-se ao descobrir que o livro havia caído. Creio que em tais casos a convergência e a acomodação para perto mantêm-se ao menos durante a parte mais leve do sono.

Interessa-me muito toda a questão relativa ao repouso dos olhos durante o sono. Sou de opinião que muitas pessoas fazem seus olhos trabalharem muito durante o sono, e para permitir que repouse enquanto estão acordadas. Seja como for, é óbvio que o grupo de quem põem-se a olhar para um objeto crianças que estão descrevendo comporta-se como capatazes de seus olhos, e qualquer tentativa de fazê-las parar de ler de muito perto irá resultar ou em fracasso ou em levá-las a se sentir perdidas e sem esperanças. Tal condição pode surgir muito cedo na vida da criança, mas por outro lado pode ocorrer no início da puberdade ou em qualquer outra época. Para o oftalmologista nenhuma outra condição é mais trabalhosa do que esta.

Psicose

A questão do estrabismo é uma das que requerem mais pesquisas sobre sua vertente psicológica. Tenho fortes evidências de que o estrabismo pode ter causas puramente psicológicas, e creio que muitos oftalmologistas concordarão comigo. No entanto, quando se trata de descrever esse mecanismo, *nao me sinto pisando em solo firme*. Já mencionei o estrabismo interno, mantido junto com a acomodação para perto (miopia) como um lembrete da relação inicial com o seio, e como um conforto, semelhante ao ato de chupar o dedo. Há um tipo de estrabismo, geralmente o estrabismo externo, em que o problema parece ser o de que os dois olhos não trabalham tendo um único objetivo, o que tem sido associado a uma divisão na personalidade. É como se o indivíduo dramatizasse a divisão no ego em termos de uma ausência de coordenação entre os seus olhos. Para ilustrar esse fenômeno, eu citaria o exemplo de uma mulher excepcionalmente inteligente, diretora de uma grande escola, que usava seus olhos separadamente, pois sofria de estrabismo externo. O olho esquerdo representava seu bom relacionamento com o pai, que falava somente inglês, enquanto o olho direito estava ligado à sua relação com a mãe, que falava somente francês. Os pais dessa paciente tinham muito pouco em comum, e a paciente desenvolveu-se de modos inteiramente diferentes.

rentes em relação a um e a outro. Ela era canhota, e interessava-se muito pelas crianças canhotas de sua escola. Sua mão esquerda representava seu lado de empresaria e sua identificação com o pai. Seus sentimentos religiosos estavam associados inteiramente com a mãe, e ao assinar ou escrever qualquer coisa ligada a assuntos religiosos ela usava exclusivamente a mão direita. Isto ilustra o que pode acontecer quando há uma nítida divisão da personalidade. Frequentemente, no entanto, ocorrem fenômenos ainda mais sérios de não-integração, e neste caso creio que um olho fica identificado com a parte mais forte da personalidade, enquanto o outro, aquele que vagamente, perdido, representa a outra parte. Um estrabismo externo não claramente motivado por causa física é difícil de curar, a não ser que se produza a reintegração da personalidade. Essa integração pode ocorrer espontaneamente, ou então, sob a influência de uma outra personalidade forte, uma criança poderá alcançar algum tipo de integração que faça desaparecer o estrabismo ao menos temporariamente. Esse fator não deveria ser perdido de vista, quando se está tratando um ou outro aspecto físico do estrabismo. Obviamente, não tenho a intenção de minimizar ou questionar o tratamento da vertente física, e sim chamar a atenção para a vertente psicológica.

O olho como símbolo

Devemos nos lembrar que, do ponto de vista psicológico, o olho não é simplesmente o órgão da visão. Enquanto nos fenômenos corporais as coisas são ingeridas pela boca e excretadas pelos órgãos da excreção, na construção da personalidade ocorrem uma ingestão e uma excreção paralelas através de todos os órgãos do corpo, os olhos, a pele, os ouvidos, o nariz etc. Muita coisa é trazida para dentro através dos olhos. Os olhos representam também um órgão excretor. Todos já "viram um amigo dentro do ônibus", e num certo

1 O termo "não-integração" é empregado por Winnicott, aqui, de um modo que nada tem a ver com a sua formulação mais tardia a respeito da personalidade ainda não integrada. Aqui, o termo se refere claramente a uma deficiência no processo de integração, e não à ausência de integração natural nos estágios iniciais do processo. N.T.

sentido tudo aquilo que vemos sai de dentro de nós em direção à coisa vista. Já descrevi a menina que alucinava uma página ao acordar. Há aqueles que lêem os jornais a fim de adquirir informações, mas muitos esperam que o jornal coloque diante de seus olhos aquilo que eles já estavam pensando e sentindo, e na verdade não se pode dizer que tais pessoas prestem muita atenção à informação real que lhes é fornecida, exceto como uma ligeira correção ao que elas imaginavam.

Seria importante pesquisar até que ponto os músculos e tecidos intrínsecos ao olho participam da fantasia visual comum e da atividade alucinatória. Pode ser que tal pesquisa já tenha sido realizada, mas não estou informado a respeito.

Ao longo de 25 anos, uma longa procissão de fenômenos clínicos vem desfilando à minha frente em meu ambulatório, no hospital. No decorrer dos anos não tem havido muita mudança nos padrões gerais. Um certo tipo de criança ficou em minha memória desde o início. Trata-se de uma criança particularmente adorável, e muitas vezes com um talento acima da média. Se for uma menina, faz sempre questão de vestir-se de modo atraente e bem-arrumado. O ponto central sobre ela é a sua vivacidade, que instantaneamente contagia quem está com ela, fazendo com que nos sintamos mais leves. Não nos surpreendemos ao descobrir que ela dança, desenha ou pinta, ou escreve poesia. Talvez ela escreva um poema ou dois enquanto espera a sua vez. Ao desenhá-la algo para mim, com certeza haverá no desenho cores alegres e detalhes interessantes, e as figuras terão uma espécie de animação, parecendo vivas e em movimento. Haverá também, muito provavelmente, um forte elemento humorístico.

A mãe traz a criança porque em casa ela é irritadíssima, mal-humorada, por vezes desafiadora ou fortemente deprimida. É possível que muitos médicos não tenham conseguido acreditar que ela pudesse ser qualquer outra coisa que não adorável. A mãe me conta sobre várias dores e males de que ela se queixa, e que num momento ou outro foram diagnosticados pelos médicos como de natureza reumática, mas que na verdade são hipocôndriacos.

No início da minha carreira aconteceu que um menino procurou-me no hospital, sozinho, dizendo: 'Por favor, doutor, minha mãe está sentindo uma dor na minha barriga', e isso chamou minha atenção, muito a propósito, para o papel que a mãe poderia desempenhar. Há também o fato de que a criança, que supomos estar sentindo uma dor, ainda não decidiu onde é que dói. Se pudermos pegá-la antes de a mãe indicar a sua própria expectativa, talvez encontremos a criança um tanto aturdida, tentando dizer simplesmente que a dor é 'lá dentro', significando que há um sentimento de que algo está errado, ou deveria estar.

É bem provável que a minha visão desse problema seja tão particularmente clara porque o meu setor no hospital constitui, na verdade, uma *clínica para administração da hipocôndria materna*. Não existe uma fronteira nítida entre a tranca hipocôndria de uma mulher deprimida e a preocupação genuína da mãe em relação a seu filho. É preciso que a mãe seja capaz de ser hipocôndrica para poder notar os sintomas sobre os quais os médicos estão sempre perguntando, com a intenção de detectar uma doença precocemente. Um médico que nada sabe de psiquiatria, ou que nada sabe sobre defesas contra depressivas, e que tampouco sabe que as crianças podem deprimir-se poderá dispensar a mãe que veio queixar-se dos sintomas do filho, cometen-

Capítulo VII

A Reparação Relativa à Defesa Organizada da Mãe contra a Depressão (1948)

O CONCEITO da posição depressiva é geralmente aceito como de grande valor tanto para o trabalho analítico propriamente dito quanto nas tentativas de descrever o processo de desenvolvimento emocional normal. Nas análises que realizamos podemos alcançar a culpa relativa a idéias e impulsos agressivos e destrutivos, e podemos perceber o anseio por realizar reparações surgindo à medida que o paciente torna-se capaz de reconhecer, tolerar e conter o sentimento de culpa. Existem outras raízes da criatividade, mas a reparação fornece um vínculo importante entre o impulso criativo e a vida vivida pelo paciente. A manutenção da capacidade de fazer reparações vinculadas à culpa pessoal é um dos passos mais importantes no desenvolvimento de um ser humano saudável, e hoje em dia nos parece espantoso o fato de que anteriormente fazíamos o nosso trabalho sem estarmos conscientes dessa verdade tão simples.

Clinicamente, no entanto, nos defrontamos com um tipo de reparação falsa que não se refere à culpa pessoal do paciente, e é isto que eu gostaria de discutir agora. Essa falsa reparação aparece através da identificação do paciente com a mãe, e o fator dominante não é a culpa do próprio paciente, mas a defesa organizada da mãe contra a depressão e a culpa inconsciente. É possível que, expandindo o meu título desta maneira, já teri dito o suficiente. Certamente não se trata de uma idéia original, ou de uma idéia que exija um desenvolvimento mais sofisticado. Ainda assim gostaria de ilustrar rapidamente o que tenho em mente.

do o erro de deixar de perceber o problema psíquico que realmente existe. Por outro lado, um psicanalista que acabou de compreender a depressão infantil poderia facilmente cometer o erro de deixar de perceber que a mãe está mais doente que o filho. Observando continuamente muitos casos desse tipo, por dez ou mesmo vinte anos, tornei-me capaz de perceber quando a depressão da criança é apenas o reflexo da depressão da mãe. A criança usa a depressão da mãe para fugir da sua própria; isto faz com que surjam reações e reparações falsas em relação à mãe, o que prejudica o desenvolvimento da capacidade pessoal para restituir, pois nesse caso a restituição não se relaciona com os sentimentos de culpa pessoais da criança. Em qualquer grupo de alunos promissores, encontraremos uma certa percentagem que não consegue chegar ao topo pelo fato de a sua reparação estar sendo realizada em relação à depressão da mãe e não a uma depressão de natureza pessoal. Nas situações em que parece haver um talento especial, e até mesmo um sucesso inicial, pode ter remanescido uma certa instabilidade devida à dependência da criança em relação à mãe. Poderia também desenvolver-se uma carnada externa homossexual. Em algum lugar, num livro sobre balé, Arnold Haskell diz: 'Não devemos esquecer que todos os que dançam balé têm mãe.' As crianças que descrevo aqui certamente têm mãe e pai. E com certeza nem sempre trata-se da mãe. Muitos adolescentes, meninos e meninas, que parecem bastante capazes de realizar um trabalho bem-sucedido, inesperadamente entram em crise quando seu bom desempenho é roubado pela necessidade emocional de um dos pais, ou de ambos. Na tentativa do adolescente de estabelecer uma identidade pessoal, a única alternativa que lhe resta é através do fracasso, e isto se aplica especialmente ao caso do menino de quem se espera que siga os passos do pai, e que no entanto jamais conseguirá desafiá-lo o seu poder.

Logo fica claro que tais crianças, nos casos mais graves, recebem uma tarefa que jamais poderão cumprir. Inicialmente, a tarefa consiste em lidar com o estado de espírito da mãe. Quando alcançam sucesso nessa tarefa imediata, na verdade conseguem apenas criar uma atmosfera na qual podem co-mear a viver sua própria vida. Tal situação, não é difícil imaginar, pode vir a ser explorada como uma fuga à aceitação da responsabilidade pessoal, uma parte essencial, como sabemos, do desenvolvimento individual. Quando a criança consegue alcançar, num nível mais profundo, a culpa pessoal através da análise, lá está também o estado de espírito da mãe (ou do pai) para ela dar conta. O analista terá que reconhecer quando os sinais dessa situação aparecem na transferência, caso contrário a análise fracassará exatamente por seu sucesso. O que estou descrevendo é bastante óbvio.

A observação mais comum é a de que a mãe (ou pai) do paciente tem uma personalidade dominante. Enquanto analistas, creio que gostaríamos de dizer que a criança vive dentro do círculo formado pela personalidade do pai ou da mãe, e que tal personalidade tem aspectos patológicos. No caso típico da menina adorável que descrevi, a necessidade da mãe de ajuda para enfrentar a morte e a escuridão dentro de seu mundo interno é respondida pela vivacidade e pelo colorido da criança.

Num grande número de casos desse tipo, estamos diante de manifestações intermedíárias dessa condição, nas quais as atividades reparatórias da criança *podem* ser pessoais, apesar da ameaça constante de que a mãe se aproprie do sucesso da criança, e portanto da culpa subjacente. Nestes casos não é difícil alcançar um êxito clínico estrondoso, tomando o lugar do genitor em questão na fase inicial da psicoterapia. Por vezes é possível tomar o partido da criança contra os pais, conservando *ao mesmo tempo* a confiança destes.

Certa vez fui chamado a uma escola preparatória de professoras para atender uma aluna que estava ameaçada de expulsão. Ela havia dado um repentino pontapé no calcanhar de uma colega. Encontrei uma garota que havia carregado a depressão da mãe por toda a sua vida. Ao final de sua carteira de estudante, ela finalmente detronou-se com o problema: a vida era sua ou da mãe? Consegui fazer com que a mãe confessasse em mim ao mesmo tempo em que, na realidade, colocou-me entre ela e a filha. Esta última foi aceita de volta à escola, concluiu bem o curso, e deu início a uma sequência de empregos longe de casa. Ela se saiu muito bem, e atualmente é uma professora graduada. Este foi um caso limítrofe, e sem a minha intervenção ela teria tido que fracassar e entrar em crise, ou então representaria o papel de bem-sucedida desistindo, na verdade, de alcançar uma existência independente do estado de espírito fortemente organizado de sua mãe viva.

Os mais espetaculares sucessos em nossa profissão foram alcançados, certamente, nesse tipo de trabalho. Há aqui, portanto, uma lição a ser extraída pelos psicanalistas iniciantes, que no começo da carreira podem ser facilmente atraídos para a armadilha de acreditar que seu bom desempenho deveu-se às suas interpretações, quando na verdade o fator determinante foi o de terem tomado o lugar de um pai (ou mãe) bons, mas deprimidos. A desadante, incluindo a descoberta, pelo paciente, de seus próprios sentimentos de culpa. A princípio, o mais importante é o fato de que o analista não está deprimido, permitindo que o paciente encontre a si mesmo por não necessitar que ele seja bom ou esteja bem-armado ou seja obediente, e por não precisar nem mesmo ensinar ao paciente seja lá o que for. O paciente pode

vavelmente pertenceriam aos próprios analistas. Todo psicanalista tem consciência da necessidade de discriminar entre as suas fantasias e as do paciente, mas geralmente estamos todos de acordo quanto ao fato de que o analista é quem está em melhores condições de ser claro a respeito desse tipo de coisas. Para mim é muito difícil acreditar que idéias surgidas regularmente tanto em meu trabalho psicanalítico quanto em minhas atividades não analíticas sejam de natureza subjetiva. No entanto, reconheço que somente idéias que podem ser subjetivas podem ser observadas objetivamente (cf. Whitehead: 'O material e as condições a partir dos quais o pesquisador clínico deve forjar o conhecimento sistêmico constituem um permanente desafio tanto para a sua capacidade de pensar abstratamente quanto para o seu poder de observação.'). Ainda assim, é importante descobrirmos os motivos para declarações como essa de Glover, para o qual certas fantasias que descrevemos são subjetivas, e não pertencem aos nossos pacientes. Surge em primeiro lugar a pergunta: a análise da posição depressiva teria sido realizada de modo eficiente, fazendo com que certas idéias não possam ser aceitas devido à forma com que foram apresentadas? (Cf. Brierty, 1951.) Por exemplo: Ter-se-ia dado o devido valor à necessidade de cada analista de descobrir tudo por si mesmo? De um modo ou de outro, é preciso manter clara a distinção entre o valor das idéias e os sentimentos sobre as mesmas provocados pelo modo como foram apresentadas.

Falta, ainda, considerar esse problema em relação à questão proposta no presente trabalho.

É legítimo exigir de mim que, ao descrever fantasias de meus pacientes, eu esteja consciente de que por vezes os pacientes produzem o tipo de material que, *a seu ver, eu gosto de receber*. Isto é tão mais verdadeiro quanto menos consciência tenho de minhas expectativas. Um certo paciente, há muito tempo, estava inteiramente convencido de que eu gostava de material de natureza anal e produziu, em meu benefício, uma grande quantidade. Passou-se algum tempo até que tudo isto viesse à tona, e até que ele alcançasse os seus verdadeiros sentimentos anais. Da mesma maneira, os pacientes produzem — ou ocultam — fantasias relativas ao mundo interno por sentirem a necessidade de aliviar minha suposta depressão, ou a necessidade de torná-la ainda pior. Na transferência estava sendo revivida a depressão de um dos pais. E cabe a mim reconhecê-lo. Ao declarar-me verdadeiramente objetivo quanto às idéias de meus pacientes a respeito de seu mundo interno, e a respeito das lutas entre objetos ou forças boas e más em seu interior, é preciso que eu saiba distinguir entre o que o paciente produz especialmente para mim e o que nele é verdadeiramente pessoal. Creio que analistas junguianos

avançar em seu próprio ritmo. Ele pode falhar, se quiser, sendo-lhe dado tempo e algo como um lugar seguro. Esses detalhes externos do manejo são os pré-requisitos para que o paciente descubra seu próprio sentimento de amor, com as inevitáveis complicações da agressividade e da culpa, as únicas coisas capazes, na verdade, de dar sentido à reparação e à restituição. Num caso extremo o paciente virá à análise mal tendo começado a lidar com a própria culpa, ou não tendo nem mesmo alcançado sua agressividade própria, relativa ao amor primitivo, e isto apesar de o mundo tê-lo achado até enfeitado por ter este uma necessidade muito grande de defender a sua individualidade.

O grupo pode ser uma família. Eu diria que, para a vida familiar, é muito importante que a posição depressiva tenha sido alcançada em bases suficientemente sólidas — e pessoais — para que o indivíduo possa dar vez também ao estado de espírito da família, sendo este um dos componentes normais da vida de cada um de seus integrantes. Isto é o mesmo que compartilhar uma cultura. É obviamente patológico, ou um empobrecimento da família e da cultura, que um indivíduo não tome parte nas atividades reparatórias do grupo. Por outro lado, ocorre um sério empobrecimento da vida do indivíduo, quando este consegue participar apenas de atividades especificamente grupais. No primeiro caso, quando não consegue compartilhar, o indivíduo precisa instituir o seu modo pessoal de interagir antes de poder fazê-lo. Na situação contrária, quando é preciso que exista um grupo, o indivíduo parece à primeira vista um ótimo colaborador, mas em algum momento sua colaboração fracassará pois ele permanece, até certo ponto, na posição de uma criança apanhada pelo mundo interno de sua mãe, com a consequente perda da responsabilidade pessoal.

Parece-me que há uma aplicação prática destas idéias na Sociedade Psicanalítica. Refiro-me especificamente à opinião expressa por Glover (1945, 1949), segundo a qual certos analistas (Melanie Klein e seus discípulos) descrevem algumas fantasias como se fossem de seus pacientes, mas que pro-

costumam receber sonhos 'tipicamente junguianos', enquanto os analistas freudianos só raras vezes ouvirão formações oníricas misticamente elaboradas desse tipo.

Neste nosso grupo científico temos um repositório coletivo de teorias, e oferecemos um grupo ou um contexto para atividades reparatórias em relação a um repositório coletivo de culpa. Cada membro é afetado pelo estado de espírito da Sociedade, e tem a liberdade de contribuir para o anseio reparatório do grupo relativo às ansiedades depressivas grupais. No entanto, essa restituição grupal deve sempre seguir-se ao que é mais importante, a saber, ao surgimento da culpa pessoal de cada membro, e das ansiedades depressivas igualmente pessoais. Cada membro individual de nossa Sociedade deve alcançar o seu *próprio* crescimento no seu *próprio* ritmo, desenvolvendo um sentimento de responsabilidade *própria* verdadeiramente baseado em sua preocupação pessoal por seus impulsos amorosos e suas consequências.

Sumário

Os anseios reparatórios individuais podem estar relacionados menos a um sentimento de culpa pessoal que aos sentimentos de culpa ou ao estado de espírito depressivo de seus pais. A contribuição do indivíduo ao grupo será afetada pelo seu sucesso ou fracasso em estabelecer, como base para a sua contribuição as atividades reparatórias, e para o seu esforço construtivo, a culpa pessoal em vez da culpa parental.

Capítulo VIII

Ansiedade Associada à Insegurança¹ (1952)

A SEGUIR, um comentário sobre um aspecto do texto 'Some Observations on a Case of Vertigo', do Dr. C. F. Rycroft (1953). Em seu artigo, o Dr. Rycroft faz duas observações que eu gostaria de comentar. As duas observações são:

'Em meu trabalho anterior examinei de modo detalhado as implicações teóricas da capacidade (do paciente) de alucinar certos objetos e ao mesmo tempo reconhecer que se tratava de ilusões. Aqui, desejo apenas mencionar que tal possibilidade mostra claramente tanto a profundidade de sua regressão a um estágio anterior ao sólido estabelecimento do teste da realidade, quanto a incompletude dessa regressão, visto que parte do ego permanecia em condições de testar a realidade e de contribuir ativamente para a análise.'

E depois: 'A vertigem é uma sensação que ocorre quando o sentido do equilíbrio é ameaçado. Para um adulto, trata-se de uma sensação que muitas vezes, mas nem sempre, encontra-se associada a ameaças à postura ereta, havendo, por este motivo, uma tendência a pensar na tonteira exclusivamente em termos de ansiedades relativamente maduras tais como o medo de cair ou o medo de alturas, desconsiderando o fato de que os bebês, muito antes de serem capazes de ficar de pé, vivenciam ameaças ao seu equilíbrio, visto que alguns de seus comportamentos, como por exemplo o agarrar-se ou o segurar-se, representam tentativas de manter a segurança de seu sentimento de serem apoiados pela mãe. À medida que o bebê aprende a engatinhar, e mais tarde a andar, a função de sustentação da mãe é gradualmente substituída pelo solo. Esta deve ser uma das razões mais importantes pelas quais a terra é percebida inconscientemente como mãe, e pelas quais os distúrbios neuróticos do equilíbrio podem tantas vezes ser acompanhados retroativamente até

¹ Apresentado à British Psycho-Analytical Society em 5 de novembro de 1952.

que os percebamos como ligados aos conflitos a respeito da dependência à mãe.

Ocorre-me que neste ponto, nesta ideia da função materna de proporcionar um sentimento de segurança, há lugar para uma reflexão maior, e gostaria muito que o Dr. Rycroft escrevesse um outro trabalho sobre o tema, ao qual ele dedicou obviamente uma certa atenção, já que nos remete a Alice Balint, Hermann e Schilder.

Note-se que existe, aqui, um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e sua mãe, que no entanto não deriva da experiência instintiva nem da relação objetal surgida a partir da experiência instintiva. Esse relacionamento é anterior à experiência instintiva, paralelo a ela, e entremeadado a ela.

Estamos nos aproximando da tão conhecida observação de que a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se segurado de um modo inseguro.

Os analistas — mesmo aqueles que vêem um ser humano no bebê desde o seu nascimento — falam frequentemente como se a vida do bebê começasse com a experiência instintiva oral e com a emergência da relação objetal da experiência instintiva. No entanto, todos nós sabemos que o bebê pode sentir-se muito mal como consequência de uma falha que ocorre num campo bem diferente, ou seja, no campo dos cuidados a ele dispensados. A ênfase da Sra. Freud sobre as *técnicas* do manejo dos bebês nos leva precisamente a esse ponto. Ao menos esta é a minha opinião, e por esta razão ocorre-me dizer que existe uma urgente necessidade de martelarmos esse ponto nas discussões sobre os significados da ansiedade, quando a sua causa é uma falha nas técnicas do cuidado, como por exemplo a falha em dar o apoio vital contínuo que faz parte da maternagem.

Estou consciente de que este tema pode levar-nos de volta à época do nascimento, ou seja, à época em que o feto está pronto para nascer — por volta da trigésima sexta semana de vida intra-uterina.

O que eu gostaria de perguntar é: Há algo que possa ser dito sobre essa ansiedade, ou trata-se de algo meramente físico e nada mais? O caso apresentado por Rycroft parece, à primeira vista, apoiar a tese de que essa ansiedade precoce é apenas uma questão de canais semicirculares e de fisiologia. No entanto, há ali espaço suficiente para acreditar que algo mais poderia ser descoberto. O fato da vertigem fisiológica é indiscutível, mas (como no caso do enjoo em viagens marítimas) a fisiologia pode ser explorada sob certas circunstâncias. Que circunstâncias seriam essas?

Em vez de simplesmente fazer a pergunta, gostaria de avançar e propor uma parte da resposta.

A meu ver existem certos tipos de ansiedade no início da infância que podem ser evitados pelo cuidado suficientemente bom, e é possível estudá-los com bastante proveito. A meu ver, os estados que é possível prevenir com um bom cuidado do bebê são aqueles que, quando encontrados num adulto, seriam naturalmente agrupados sob o termo loucura.

Um exemplo bem simples pode ser dado pelo estado de não-integração. Sendo o bebê bem cuidado, esse é o estado natural e ninguém se preocupa com isso. O cuidado adequado leva a um estado de coisas em que a integração começa a tornar-se um fato, e uma pessoa começa a ser encontrada ali. Até onde isto é verdade, a falha no cuidado adequado leva à desintegração, em vez de a uma volta à não-integração. A desintegração é sentida como uma ameaça porque (por definição) há alguém ali capaz de sentir a ameaça. Por outro lado, ela é uma defesa.

Três tipos de ansiedade ocorrem como consequência de falhas nas técnicas de cuidar do bebê: não-integração, que se transforma num sentimento de desintegração; ausência de relacionamento entre a psique e o soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que o centro de gravidade da consciência foi trasladado do cerne para a casca, do indiví-

duo para o cuidado, para a técnica.

A fim de deixar clara esta última ideia, devo examinar o estado de coisas nos momentos iniciais de uma vida humana. Começamos pelo relacionamento de dois corpos (Rickman, 1951), ru-

mando em direção à relação de objeto anterior, que ainda é do tipo dois-cor-

pos, mas na qual o objeto é um objeto parcial.

O que viria antes disto? Algumas vezes acreditamos, indolentemente, que antes da relação de dois-corpos havia uma relação de um corpo único, mas trata-se de um erro, e de um erro óbvio, se olharmos com mais atenção. A capacidade para o relacionamento de um corpo único vem *depois* do relacionamento de dois-corpos, através da introjeção do objeto. (Fica implícito aqui um mundo externo, para o qual esse relacionamento é do tipo negativo.)

O que, então, precede a primeira relação de objeto? Pessoalmente, lutei por muito tempo com esse problema. A luta teve início quando me ouvi dizendo aqui, nesta Sociedade (uns dez anos atrás), e dizendo-o de modo entusiasmado e acalorado: *‘Isso que chamam de bebê não existe’*. Fiquei alarmado ao me ouvir pronunciar essas palavras, e tentei justificar minha declaração dizendo que se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carinho ao qual estão grudados os olhos e ouvidos de alguém. O que vemos, então, é a “dupla amamentante”.

Hoje, de um modo um pouco mais tranquilo, eu diria que antes das relações de objeto as coisas são assim: a unidade não é o indivíduo, a unidade é o contexto ambiente-indivíduo. O centro de gravidade do ser não surge no indivíduo. Ele se encontra na situação global. Através do cuidado suficiente-mente bom, através das técnicas, da sustentação e do manejo geral, a casca passa a ser gradualmente conquistada, e o cerne (que até então nos dava a impressão de ser um bebê humano) pode começar a tornar-se um indivíduo. Esse início é potencialmente terrível em razão das ansiedades acima mencionadas, e em razão do estado paranóide que ocorre logo após a primeira integração, e também após os primeiros acontecimentos instintivos, levando o bebê a perceber um novo significado nas suas relações de objeto. As técnicas do cuidado suficiente bom neutralizam a perseguição externa, e previnem os sentimentos de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma.

Em outras palavras, sem as técnicas que permitam cuidar do bebê de um modo suficientemente bom o novo ser humano não teria chance alguma. Através dessas técnicas, o centro de gravidade do ser no interior do contexto ambiente-indivíduo pode dar-se ao luxo de estabelecer-se no centro, no cerne em vez de na casca. O ser humano que agora passa a desenvolver uma entidade a partir do centro pode localizar-se no corpo do bebê, começando assim a criar um mundo externo ao mesmo tempo que adquire uma membrana limitadora e um interior. De acordo com esta teoria, não havia no início um mundo externo, ainda que *nós, enquanto observadores*, pudessemos ver um bebê dentro de um ambiente. Até que ponto isto pode nos decepcionar é demonstrado pelo fato de que muitas vezes o que acreditávamos ser um bebê revela-se posteriormente, através da análise, um ambiente desenvolvido-se falsamente na forma de um ser humano, ficando o indivíduo em potencial oculto em seu interior.

Prosseguindo no mesmo tom dogmático, ocorre-me fazer um comentário sobre a condição clínica conhecida como histeria. O termo neurose cobre aproximadamente o mesmo território. É normal que o bebê sinta ansiedade, quando ocorre uma falha na técnica do cuidar. No entanto, inicialmente o bebê entra em estado de não integração, ou perde contato com o corpo, ou traslada-se do conteúdo para o continente *sem qualquer dor*. Inerentes ao crescimento, então, encontram-se a dor e a ansiedade vinculadas aos vários fenômenos resultantes das falhas na técnica do cuidar. Na saúde, o ambiente (comandado pela mãe ou pela babá) falha de modo gradual, a partir de uma adaptação inicial quase perfeita.

Existe uma situação em que o medo é da loucura, ou seja, um medo à ausência de ansiedade na regressão ao estado não-integrado, ou à falta do sentimento de viver dentro do corpo etc. O medo, portanto, é de que não haja ansiedade, o que implicaria numa regressão da qual talvez não haja volta. Consequentemente, ocorrem uma contínua colocação à prova da capacidade de sentir ansiedade e um alívio temporário toda vez que a ansiedade é sentida: Quanto pior, melhor (Balint, 1955). A análise dos pacientes histéricos (no sentido popular do termo) é a análise da loucura temida mas não alcançada sem o fornecimento de um novo exemplo de cuidar, um cuidar melhor, na análise, que o experimentado na infância do paciente. Não nos esqueçamos, porém: a análise realmente deve alcançar a loucura, ainda que o diagnóstico continue sendo o de neurose, não de psicose. Poderia o Dr. Rycroft concordar em que seu paciente era capaz de simular, mas não de experimentar as suas experiências infantis de vertigem fisiológica e também explorar esses traços de memória como uma defesa contra ansiedades associadas a falhas nas técnicas do cuidar, ansiedades que o fatiam (sem que ele fosse louco) sentir-se ameaçado pela loucura?

gia é atribuída uma significância toda especial ao princípio de que existe uma tendência natural à saúde ou à maturidade no desenvolvimento. Poder-se-ia dizer que a maioria das doenças físicas é devida a invasões a partir do ambiente, ou a deficiências ambientais, e não puramente a distúrbios do desenvolvimento. Por contraste, os problemas psicológicos podem ser sempre descritos em termos do desenvolvimento emocional, retardado ou perturbado, ou de algum modo impedido de atingir a devida maturidade na idade em que a criança se encontra. Assim sendo, na medicina psicológica podemos perceber um vínculo entre o normal e o anormal ainda mais estreito que o existente entre a fisiologia e os processos patológicos dos tecidos e das funções. De fato, quando ocorre apenas uma perturbação da fisiologia, a doença é geralmente de origem psicogênica.

Enquanto pensava sobre a relação entre a pediatria e a psiquiatria infantil, ocorreu-me que esse relacionamento envolve não apenas a diferença entre os campos, mas também a diferença de atitude emocional entre os que adotam uma ou outra das duas abordagens de um caso. O pediatra percebe no sintoma um desafio ao seu arsenal terapêutico. Espera-se que isto seja sempre verdade: Se a criança sente uma dor, quanto mais cedo a mesma for diagnosticada e removida a sua causa, melhor. Por contraste, o psiquiatra infantil enxerga no sintoma uma organização de extrema complexidade, produzida e mantida graças ao seu valor. A criança precisa do sintoma devido a algum empecilho ocorrido em seu desenvolvimento emocional.

(Tendo em vista a máxima clareza da argumentação, é importante pre-sumirmos que nossa criança fisicamente doente é psiquiatricamente saudável, e que nossa criança psiquiatricamente doente está em boas condições de saúde física. Embora nem sempre isto seja verdade, trata-se de uma simplificação justificável no momento.)

O psiquiatra, portanto, não é um 'curador de sintomas'. Ele reconhece no sintoma um SOS que justifica uma investigação completa da história do desenvolvimento emocional da criança em relação ao seu ambiente e à cultura. O tratamento é direcionado à necessidade da criança de emitir um SOS. Conforme indiquei anteriormente, existe um certo grau de artificialidade de nessa descrição de contrastes. Um ótimo médico do corpo também procura as causas e, sempre que possível, emprega a tendência natural do corpo à saúde como sua principal arma terapêutica. No entanto, mesmo os médicos do corpo capazes de razoável tolerância para com os sintomas de origem física, e que se preocupam em localizar as causas fundamentais quando se de-frontam com uma doença física, tendem a reagir como se fossem alérgicos a sintomas diante de uma síndrome de etiologia psicológica. Deftagra-se ne-

Tolerância ao Sintoma em Pediatria: Relatório de um Caso¹ (1953)

Capítulo IX

MEU TEMA, já indicado pelo título, poderia conduzir a dois caminhos diferentes. Menciono um deles somente porque seria previsível acreditar que irei segui-lo. Refiro-me ao fato de que os processos corporais que tendem a estabelecer a saúde e solucionar os problemas causados pela doença ficaram ultimamente um tanto obscurecidos pela recente enxurrada de avanços nas terapias químicas. Nos dias atuais é difícil para um médico de família descobrir por experiência própria o que uma criança faz com a pneumonia — sem outra ajuda que não os bons cuidados domésticos, único tratamento disponível até trinta anos atrás. Atualmente, e quanto a isto estamos todos de acordo, nem mesmo a um furúnculo se permite cuidar de si próprio. Creio que nas melhores escolas de medicina o ensino inclui o lembrete de que as crianças sobreviviam às doenças mesmo antes da penicilina, e que mesmo atualmente é a criança e os seus tecidos sadios que ao final das contas produzem a restauração da saúde, e não os antibióticos.

Não segui este importante caminho porque esse tema já foi discutido com grande competência em várias conferências endereçadas aos estudantes por médicos que se recordam dos tempos ruins de outrora, e para os quais, do ponto de vista do ensino médico, os tempos ruins de outrora bem poderiam reivindicar alguns pontos em seu favor. O meu pensamento segue um outro caminho que ao final, assim creio, se mostrará vinculado a este, pois também aqui a preocupação é com a natural tendência à saúde, e com o uso que nós, médicos, podemos fazer dessa tendência. No campo da psicologia

¹ Discurso do Presidente, Seção de Pediatria, Royal Society of Medicine, 27 de fevereiro de 1953. Publicado nos *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 46, n.º 8, agosto de 1953.

les uma ansia de curar no momento mesmo em que surge à sua frente um sintoma de conversão histérica, ou uma fobia que não apresenta suficiente razão de ser, ou uma suscetibilidade a ruídos que parece louca, ou um ritual obsessivo, uma regressão no comportamento, um distúrbio do humor, uma tendência anti-social ou uma agitação que indica um estado confusional sem esperanças no cerne da personalidade da criança.

Estou convencido de que a intolerância ao sintoma surge simplesmente porque o pediatra do corpo nada sabe sobre essa ciência chamada Psicologia Dinâmica (ou Psicanálise, como a chamo eu), sendo esta ciência, e somente esta, que pode fazer com que os sintomas adquiram um sentido. Ao perceber que tal ciência, já com cinquenta anos de idade, é tão vasta quanto a fisiologia, e inclui um estudo completo do desenvolvimento da personalidade humana, não se admira que o exaustivo pós-graduação, tendo alcançado o cume da sua escalada em direção ao registro de pediatria, vacile diante de mais uma disciplina e fuja dessa nova formação, a única que o qualificaria para a prática psicoterapêutica.

É preciso deixar que esse problema da dupla formação resolva-se por si mesmo ao longo do tempo. Enquanto isso, devemos aceitar e acolher os dois tipos de abordagem, a física e a psicológica, e devemos procurar assimilar a contribuição dada à pediatria por cada uma delas.

Infelizmente, sou obrigado a estrair neste momento o meu tema, que poderia revelar-se quase infinito em profundidade e amplitude. Decidi examinar, aqui, o fenômeno da enurese, embora eu deva confessar que me parece difícil deixar de lado tantas coisas que poderiam interessar tanto a mim mesmo quanto a uma audiência de pediatras.

Existem clínicas especializadas em enurese dirigidas por pediatras, e geralmente o objetivo declarado de tais clínicas é a cura do sintoma. Mães e crianças lhes são gratas. Nada há a dizer contra tais clínicas, exceto o fato de que elas passam ao largo toda a questão da etiologia, da enurese como um sintoma que significa alguma coisa, como um tipo de relacionamento infantil persistente que tem algum valor na economia da criança. Na maioria dos casos a cura do sintoma não provoca dano algum, e quando se dá o caso de que a cura *poderia* causar um dano, a criança geralmente consegue, por um processo inconsciente, ou resistir à cura, ou produzir um sinal de SOS alter-nativo que leva à sua transferência para outro tipo de clínica.

Enquanto tais clínicas pediátricas vão e vêm, os psiquiatras de crianças defrontam-se permanentemente com o sintoma da enurese, e muitas vezes o sintoma é facilmente percebido como sendo subsidiário, uma pequena por-

ção do vasto problema de um ser humano lutando por desenvolver-se e amadurecer apesar dos obstáculos.

Apresentarei aqui apenas um dentre as muitas centenas de casos ao meu dispor. Através da descrição desse único caso, tentarei mostrar como a enurese surgiu no decorrer de uma doença psiquiátrica.

Escolhi o caso de um menino para o qual o tratamento psicanalítico não era possível, mas cuja cura (se posso chamá-la de cura) dependeu, em parte, de três sessões de psicoterapia.

Nessas três sessões o menino desenhava o tempo todo, tendo sido possível para mim fazer anotações com a exceção dos momentos mais críticos, quando os sentimentos eram tão intensos que o ato de tomar notas teria sido prejudicial.

O caso, bastante comum, é dos mais fáceis de serem apresentados, porque o tratamento da criança foi realizado predominantemente pelos pais, que se revelaram capazes de reconstruir o seu lar desestruturado pela guerra. Espero que lhes seja possível perceber nessa parte da descrição, em que os pais realizaram o trabalho, um processo de doença e recuperação que vocês devem ter visto em seus próprios pacientes, aqueles que conseguiram usar uma situação de doença física como uma chance para alcançar um desenvolvimento da personalidade que havia ficado para trás. Este menino teve sorte: conseguiu realizar o que era necessário sem precisar da doença física.

Exemplo: Um Caso com Enurese

Philip, de nove anos, era um dos três filhos de uma boa família. O pai tinha estado ausente por um longo período durante a guerra, ao final da qual ele se retirou da carreira militar e dedicou-se a reconstruir o seu lar, estabelecendo-se como um pequeno fazendeiro. Os dois meninos estudavam numa conhecida escola preparatória. O diretor da escola escreveu aos pais (em outubro de 1947) dizendo que, embora nunca houvesse considerado Philip uma criança anormal, precisava sugerir-lhes que o tirassem da escola, por ter descoberto que ele era a causa de uma epidemia de furtos. Disse o diretor: "Posso lidar facilmente com a epidemia, se Philip for embora", pois compreendeu, sabidamente, que o menino estava doente e não responderia de maneira simples a um tratamento corretivo. Em consequência dessa carta, que constituiu um grande choque para os pais, eles consultaram o seu clínico geral e este, por recomendação de um psiquiatra, encaminhou o caso a mim.

dava de Philip a maior parte do tempo, ainda com a ajuda de uma babá, e não tou claramente a diferença entre os dois meninos. Philip não era apenas menos saudável em razão do catarro como tinha também dificuldades de coordenação.

Entre os dois e os quatro anos de idade, Philip e seu irmão viveram com a mãe longe de casa, retornando para lá mais tarde. O lar, porém, que havia sofrido uma ruptura quando ele tinha dois anos, só se refez quando o pai deixou o exército, pouco tempo antes da consulta. As coisas do menino encontravam-se inevitavelmente espalhadas, nunca estavam todas num mesmo lugar, e cada objeto corria sempre o risco de perder-se. Em comparação com o irmão, Philip não era muito aberto quanto aos seus sentimentos. Ainda assim era bastante afetuosos com a mãe e a irmã. A mãe o percebia como um estranho, e tudo o que ele possuía era muito pessoal e privado. Dificuldades reais, porém, nunca haviam ocorrido antes que ele completasse seis anos. Com relação ao que chamamos de hábitos de higiene o seu treinamento foi fácil, e molhar a cama nunca tinha sido um problema.

Quanto Philip tinha seis anos, momento em que foi feita a amigdalectomia, conforme relembrou-me sua mãe, ele voltou para casa com o relógio da enfermeira. No decorrer dos três anos seguintes roubou outro relógio, e também dinheiro, que gastava tudo. Outros objetos eram roubados e acabavam sempre quebrados. Ele nunca ficava sem dinheiro próprio, e desenvolveu a paixão de colecionar livros. Sendo muito inteligente e um bom leitor, realmente lia os livros que comprava, mas a compra dos livros era muito importante para ele. Em geral eram livros pequenos sobre mariposas, ervas e cachorros, do tipo que classifica cada coisa. Um dia ele comprou um pequeno livro sobre navios por 15 xelins, sem dar a menor impressão de tê-lo achado caro. Em paralelo a esses sintomas os pais notaram uma mudança no caráter do menino, mas não podiam explicar facilmente do que se tratava. Os pais ficaram realmente alarmados quando aconteceu o fato seguinte: Tendo parado em certa casa, no caminho de volta de um feriado, roubou os documentos de um carro que pertencia aos donos da casa. Não tentou escondê-los, e os pais atribuíram o roubo ao seu intenso gosto por documentos de todo tipo. Olhando para trás, perceberam que nessa época ele havia começado a tornar-se desleixado. Na verdade ele perdeu o interesse por qualquer outro tipo de objeto além dos livros, e ao mesmo tempo passou a haver um exagero no desejo de dar coisas à irmã, de quem gostava muito. Isto tudo ocorreu no período entre os seis e os oito anos, até a época em que o trouxeram ao meu consultório.

Uma reflexão sobre esses detalhes mostra o quão precária é essa questão do encaminhamento de uma criança psiquiatricamente doente, antes que algum dano seja causado. Foi por pura sorte que eu estava em condições de ajudar no início mesmo do processo, antes que se organizasse uma atitude moral contra o comportamento delinquente do menino, e antes que a intolância ao sintoma se transformasse numa terapia marcada pelo pânico.

Em primeiro lugar marquei uma consulta com a mãe, e numa longa entrevista consegui colher a história bem detalhada do menino, conforme se verá a seguir. Essa história mostrou-se essencialmente correta, e somente num único detalhe importante a verdade exata emergiu apenas quando entrevistetei o menino.

Pude ver que o pai e a mãe eram capazes de criar e manter um ótimo lar, mas que a situação provocada pela guerra deu lugar a uma séria perturbação, que teve um efeito maior sobre Philip que sobre o irmão. A irmã menor estava se desenvolvendo de um modo obviamente normal, e beneficiava-se inteiramente do lar recém-reconstruído. Os pais inclinavam-se em direção ao espiritualismo, mas deixaram claro que não tinham a intenção de impor aos filhos o seu modo de pensar. A mãe não gostava de psicologia e declarou-se completamente ignorante a respeito, o que para mim teve uma grande utilidade ao lidar com o caso, pois me permitiu confiar em seus sentimentos e em sua compreensão natural ou intuitiva da natureza humana, mais que em suas leituras esporádicas ou em seus pensamentos.

O irmão havia sido amamentado por cinco meses e tinha uma personalidade franca e direta desde o início. Philip o admirava muito. O parto de Philip foi muito difícil. A mãe recordava-se de que havia sido uma longa batalha. O saco amniótico tinha rebentado dez dias antes do parto, e do ponto de vista da mãe o trabalho de parto começou e interrompeu-se por duas vezes antes de o menino nascer, o que aconteceu sob o efeito de cloroformio. Philip foi amamentado ao seio por seis semanas. Não houve perda de peso no início, e a passagem para a mamadeira foi tranquila. Enquanto bebê, ele era do tipo geralmente chamado de alegre e brincalhão, até os dois anos de idade. Nessa época a guerra passou a interferir em sua vida. Não houve mais brincadeiras em casa, e ele tornou-se uma criança predominantemente quieta, talvez excessivamente dócil. Sua vida de criança passou a ser com-partilhada com crianças estranhas e agressivas. Nessa época passou a produzir catarro em quantidades excessivas, e desenvolveu inabilidade ao tentar assoar o nariz. A tendência ao catarro continuou, não sendo afetada favoravelmente por uma amigdalectomia aos seis anos. A mãe sofreu de asma, e acha que o menino tem ligeiros ataques de asma de vez em quando. Ela cui-

Ao nascer a irmã (quando tinha seis anos), a mãe conta que ele ficou inicialmente perturbado e abertamente ciumento, mas logo passou a gostar dela e recuperou o bom relacionamento com a mãe, embora não voltasse a ser tão dócil quanto antes. Nessa época o pai descobriu pela primeira vez que seus filhos eram crianças interessantes, em parte pelo nascimento da menina, mas principalmente porque agora ele podia estar em casa cada vez mais. A mãe contou-me, quase por acaso, que ela e o marido haviam desejado uma menina depois do primeiro filho. Quando Philip apareceu eles levaram um certo tempo para ajustar-se à ideia de um outro menino. O nascimento da menina trouxe grande alívio à família, e sem dúvida liberou Philip de um vago sentimento de que desejavam que ele fosse algo diferente do que realmente era. Fiz uma anotação especial sobre a amigdallectomia, que aparentemente havia dado início à mudança em sua personalidade. A operação tinha sido realizada muito perto do nascimento da irmã, e posteriormente descobri que a perturbação mais importante havia sido realmente esse nascimento.

Ao tempo em que completou oito anos, tornou-se encabulado em relação a tudo que levasse as pessoas a rirem dele. A mãe contou, como exemplo, que ele certa vez teve uma inchação no rosto por causa de uma picada de inseto. Para não correr o risco de que rissem dele dizia-se cansado demais e não saía da cama. Como defesa contra ser alvo de risadas, aprendeu a fazer mimicas e passou a fazer as pessoas rirem quando queria. Criou também uma coleção de histórias engraçadas e, dessa maneira, afastou ainda mais a possibilidade de zombarém dele. Enquanto me contava tudo isto, a mãe sentiu um certo desespero, por reconhecer, enquanto falava, o quanto ela se sentia desorientada em relação a esse filho, sendo que aos outros dois compreendia perfeitamente. Ela tinha a capacidade de estar em contato muito próximo com uma criança normal, mas não a de manter contato com uma criança doente, e para mim foi importante reconhecer que assim era, pois considerava necessária a sua cooperação. Algum tempo depois eu lhe descrevi as necessidades do menino em relação a ela nos termos de um caso psiquiátrico, mas nos termos das necessidades de um bebê normal, explicando do que ele precisava voltar a ser um bebê na relação com ela, tornando-se assim capaz de fazer uso do lar recém-reconstruído. Desta maneira foi possível evitar ensinar-lhe psicopatologia contra a sua vontade.

O sono era sempre perturbado por obstrução nasal. Philip acordava e pedía a ajuda da mãe, e é possível que ele usasse essa dificuldade física, sem o saber, para ter a presença de sua mãe à noite. Se ele não tivesse essa obstrução nasal, a mãe teria que vir vê-lo na cama por causa de pesadelos ou de al-

guma fobia. Ele tinha fobia a se ferir, e depois da amigdallectomia passou a ter fobia a médicos.

Quando perguntei o que acontecia quando ele ficava excitado — caía doente, pulava para todo lado? — a mãe disse: 'Quando se espéra que ele fique excitado, fica quieto e retraído, e pergunta muitas vezes: "O que é que eu vou fazer?" O que é que se pode fazer?' A mãe havia notado que para ele era importante ficar sozinho uma parte do dia. Ele era capaz de usar as distrações e, por exemplo, quando estiveram na Suíça aprendeu rapidamente a esquivar, porém mais por força de vontade do que por uma habilidade natural.

A mãe contou também que ele tinha frequentes desejos de urinar com urgência, o que ela relacionava com a obstrução nasal. Na escola o menino era considerado saudável e a obstrução nasal parecia menos evidente. Foi com ele e a mãe ver um otorrino, que deu valiosos conselhos de especialista, mas que também prescreveu uma avalançe de remédios contra os sintomas dos quais foi preciso salvar o menino.

Na escola Philip era considerado inteligente mas preguiçoso. O diretor deu-lhe um conceito baixo, mas disse-me numa carta que ele nunca havia pensado no menino como anormal até começarem os roubos. Ele já estava acostumado com a preguiça, e acreditava que o menino se sairia bem ao final. Por esse detalhe podemos ver o quanto mesmo uma boa escola pode deixar de perceber uma doença de natureza psiquiátrica.

Philip gostava muito do campo. Tinha um galgo só dele, e isto se revelou algo de grande importância, desempenhando um papel vital em sua cura. A época em que ele estava tendo problemas na escola, escreveu uma carta na qual não havia indício algum de que ele estivesse mal.

Resumo do histórico do caso

A história que a mãe conseguiu me fornecer mostrou que o menino começou bem a sua vida, mas que houve perturbações no seu desenvolvimento emocional quando tinha dois anos. Defendendo-se contra as incertezas do meio ambiente, ele se tornou retraído e relativamente descoordenado. Aos seis anos iniciou-se uma degeneração da sua personalidade que se revelou progressiva, levando a uma sintomatologia de maior gravidade aos nove anos, pela qual ele me foi trazido.

Manejo do caso

Embora eu ainda não tivesse visto o menino, pude começar a organizar o necessário para o seu tratamento. Era óbvio que a psicanálise estava fora de

questão, pois uma viagem diária ou mesmo semanal a Londres perturbaria o uso que o menino poderia fazer de seu lar reconstruído, e seria esse lar re-

Eu disse à mãe que o menino precisaria de sua ajuda, pois estava claro que ele havia perdido algo na idade de dois anos, e que teria de voltar lá para procurar o que perdeu. Ela compreendeu rapidamente, dizendo: 'Muito bem, se ele precisa voltar a ser um bebê que venha então para casa, e se você puder ir me explicando o que está acontecendo eu dou conta.' Ela provou que não se tratava de meras palavras, merecendo o crédito de fazer com que a criança atravessasse a salvo a doença mental. O lar funcionou como o hospital psiquiátrico de que o menino precisava, um asilo no pleno sentido da palavra.

Em termos técnicos, o menino fez uma regressão. Ele retrocedeu em seu desenvolvimento emocional de um modo que descreverei a seguir, e posteriormente voltou a progredir. No auge dessa regressão surgiu o comportamento de molhar a cama, que vincula este caso ao tema central de minha apresentação.

Minha tarefa seguinte era entrevistar o menino. Eu precisava dessa entrevista a fim de saber de que modo me situar no manejo do caso nos próximos meses (em geral por telefone), e também porque o menino estava pronto para ter *insights*, que ele de fato teve no decorrer dessa hora e meia. Embora não se tratasse de psicanálise, eu estava ali aplicando um conhecimento adquirido ao longo do meu trabalho psicanalítico.

Primeira entrevista com Philip

Não houve qualquer dificuldade inicial. Tratava-se de um rapazinho inteligente e agradável, um tanto retraído, que não dava a impressão de estar me observando objetivamente. Ele estava obviamente preocupado com seus próprios problemas, e um pouco confuso. Sua irmã havia vindo com ele, e ele se comportava em relação a ela com muita naturalidade. Sem qualquer dificuldade deixou-a com a mãe, e entrou comigo na sala de brinquedos. Adotei uma técnica que me parece adequada para casos desse tipo, uma espécie de teste projetivo em que eu faço a minha parte. As Figs. 1 a 8 são exemplos dos desenhos. Trata-se de um jogo em que eu faço primeiro um rabisco e ele deve transformá-lo em alguma coisa, e em seguida ele faz o rabisco e eu tento transformá-lo.

1) *Meu rabisco* (Fig. 1). Ele o virou de cabeça para baixo, e logo disse que era o mapa da Inglaterra, acrescentando uma linha necessária na região da Cornualha.

FIG. 1
MEU RABISCO, SUA MODIFICAÇÃO
SEU COMENTÁRIO: INGLATERRA.

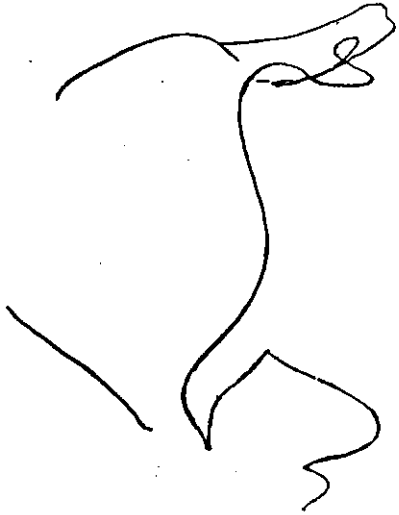


FIG. 2
RABISCO DELE, MODIFICAÇÃO MINHA.
SEU COMENTÁRIO: UM PEIXE.

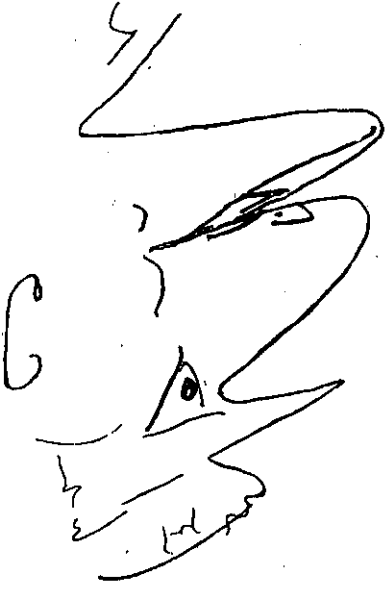
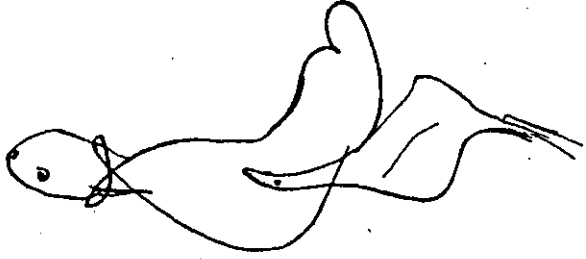


FIG. 3
RABISCO MEU, MODIFICAÇÃO DELE, SEU COMENTÁRIO:
UMA MÃE LEÃO-MARINHO COM UM BEBÊ.



Vi imediatamente que ele estava num estado intensamente imaginativo, e que eu iria conseguir resultados muito pessoais, pois o meu rabisco poderia ter sido transformado em praticamente qualquer coisa.

2) *Sua vez*. Demorei em fazer uma modificação, dando-lhe a chance de mostrar novamente a sua imaginação. Ele disse imediatamente que era uma

corda subindo no ar, e indicou o ar por uns traços leves que cruzavam o traço mais forte da corda.

3) *Ele fez outro rabisco (Fig. 2) e eu rapidamente o transformei num rosto, que ele chamou de peixe. Era uma nova indicação de que ele estava mais interessado em sua realidade interna do que em ser objetivo.*

4) *Minha vez (Fig. 3). Foi surpreendente a rapidez com que ele viu ali uma mãe leão-marinho e seu filhote. Episódios posteriores comprovaram que era legítimo entender desse desenho que o menino tinha uma forte identificação com a mãe, e também que o relacionamento mãe-bebê tinha para ele uma importância especial. Além do mais o desenho era bonito, não tanto pelo rabisco em si, mas pelo uso que Philip fez do mesmo.*

5) *Seu rabisco. Antes que eu pudesse fazer qualquer coisa, ele o transformou em homens ligados por cordas escalando rochedos. Algo a ver com sua recente experiência na Suíça.*

6) *Seu rabisco, de novo. Ele interpretou o rabisco como sendo um peixe quando redemoinho, com ondas e água. Para ele a imagem estava clara, mas para mim nem tanto.*

7) *Seu rabisco, novamente, que ele transformou numa bola na água, mais uma vez algo dele, inteiramente pessoal. Eu já havia percebido que ele estava num estado de quase sonambulismo, e isto me preparou para os aspectos psicóticos que surgiram pouco depois.*

8) *Meu rabisco. (Fig. 4) Ele o transformou imediatamente no que chamamos de Punch com rasgões em suas roupas. Estava agora muitíssimo animado e criativo, e disse: 'Há esses rasgões em suas roupas porque ele estava fazendo alguma coisa com um crocodilo, alguma coisa horrível, talvez chateando-o, e se você chateia um crocodilo, corre o perigo de ser comido.'*

9) *Agora ele estava falando sobre material onírico, e eu podia então investigar seus sonhos. Falei sobre as coisas assustadoras que poderiam lhe ocorrer no pensamento, e ele desenhou a Fig. 5, que chamou 'o bruxo'. Havia uma longa história sobre isso. O bruxo apareceu na escola à meia-noite. Aparentemente ele tinha andado vigiando o bruxo durante a noite. Esse bruxo tinha poderes totais, sobrenaturais. Ele podia colocar você debaixo da terra, ou transformar você em coisas. O bruxo revelou-se uma chave importante para compreender a compulsão a roubar.*

Agora ele queria me falar de seus sonhos. Ele viajava de carro com a mãe. O carro descia uma ladeira. Havia um fosso ao final da ladeira, e o carro corria tão rápido que talvez não desse para parar. No momento mais crítico aconteceu uma mágica, uma mágica boa, e o carro passou por cima do fosso sem cair dentro dele.



FIG. 4
RABISCO MEU, MODIFICAÇÃO DELE.
SEU COMENTÁRIO:
O SR. PUNCH COM RASGÕES EM SUAS ROUPAS.

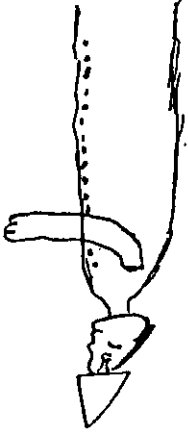


FIG. 5
DESENHO Nº 9
O BRUXO.

Coloquei em palavras o que estava implícito no sonho e no modo como ele o havia contado. Disse que ele estava com medo porque no sonho tinha sido que usar a mágica boa, e isso significava que ele tinha que acreditar em mágica, e se havia mágica boa também haveria mágica ruim. Sua incapacidade de lidar com a realidade é a necessidade de usar a magia era o que o assustava.

Contou um outro sonho. Ele havia batido na barreira do diretor da escola. 'Mas o diretor é bonzinho', disse ele, 'é um homem com quem você pode falar.' Eu lhe perguntei se ele ficava triste alguma vez, e nesse momento ele estava se comunicando comigo a partir do mais fundo do seu ser. Disse que certamente sabia o que significava tristeza. Tinha um nome para isso. Ele a chamava de 'tempos sem graça'. Disse que pior tristeza tinha acontecido há muito tempo atrás, e contou-me sobre sua primeira separação da mãe. Eu não estava certo naquele momento sobre sua idade na época. Ele contou: 'Mamãe foi embora. Eu e meu irmão tivemos que viver sozinhos. Fomos

para a casa dos meus tios. A pior coisa que acontecia lá era que eu via a minha mãe cozinhando em seu vestido azul e corria para ela, mas quando chegava ela se transformava de repente na minha tia, num vestido de outra cor. Ele estava me contando que freqüentemente alucinava a mãe, empregando a magia, mas sofrendo o choque da desilusão. Falei-lhe sobre o horror que é descobrir que certas coisas, que você pensava serem reais, não eram. Ele então desenhava uma miragem, tirando férias da questão das alucinações, e deu uma explicação científica sobre a miragem. Contou que seu tio lhe havia dito tudo sobre isso. 'Você vê umas árvores azuis maravilhosas, mas não tem nenhuma árvore de verdade.'

Ele contou também que gostava muito de coisas bonitas. 'Mas o meu irmão não, ele só pensa em navios e em andar de barco, e isso é bem diferente. Eu gosto muito de coisas bonitas e de animais, e gosto de desenhar.' Mostrei-lhe que a beleza da miragem tinha algo a ver com seus sentimentos a respeito de sua mãe, o que eu havia deduzido a partir da cor azul da miragem, a mesma do vestido da mãe.

Neste ponto, minhas anotações já não eram tão claras, porque a situação tornou-se tensa e o menino ficou muito sério e pensativo. Ele me contou que se espontaneamente sobre sua depressão, que chamava de 'tempos sem graça'. Ficou claro que os piores 'tempos horríveis' aconteceram quando ele tinha quase seis anos, e agora era-me possível ver a importância do nascimento da irmã. Com a expressão 'mamãe foi embora', ele estava falando de quando sua mãe fora para a maternidade para ter a criança. Foi nessa época que ele e o irmão ficaram na casa dos tios, e ainda que o irmão tenha se saído bem, Philip mal conseguiu impedir que o tio da experiência se rompesse. Ele não só alucinava, tinha também necessidade de que lhe dissessem exatamente o que fazer. Seu tio, percebendo-o, adotou deliberadamente uma atitude de sargento e, exercendo domínio sobre a vida do menino, contrabalançou o vazio resultante da perda da mãe. Uma outra coisa que o fez agüentar foi o fato de o irmão, que foi de grande ajuda na época, dizer constantemente: 'Isto vai acabar, vai acabar.'

O menino tinha agora a primeira chance, em todo esse tempo, de falar sobre as suas reais dificuldades naquela época, e isto o levava a fazer as pazes com a capacidade da mãe de ter bebês, coisa que o havia feito invejá-la muito intensamente. A figura da mãe-leão-marinho e seu filho mostraram o quanto ele idealizava a relação mãe-bebê. E o fato de que o bebê era uma menina fez com que ele sentisse um grande alívio.

Ele disse: 'Passei todo aquele tempo pensando em quando é que isso ia acabar, ou então eu me sentiria mal.' Certa vez, na escola, ele havia sentido

saudades de casa, que era uma outra forma de 'sem graça' ou depressão, e foi falar com o diretor. 'O diretor tentou de tudo, mas não conseguiu ajudar.' Ele então comparou o diretor a mim e disse, muito abertamente, que enquanto o diretor apenas dizia 'Anime-se', eu tinha conseguido compreendê-lo um pouco, e disso ele precisava muito.

Estávamos então em condições de voltar à figura do bruxo, e agora via-se que este usava o sobretudo de seu tio, o soldado que havia dominado a sua vida, salvando-o assim do vazio da depressão. Ele me contou também que o bruxo tinha uma voz exatamente igual à do tio. Na escola, a voz continuava a dominá-lo. A voz lhe disse para roubar, e ele se sentiu compelido a roubar. Se ele hesitasse, a voz dizia: 'Não seja covarde; lembre-se do seu nome.' Na nossa família ninguém é covarde. E então contou-me o episódio principal pelo qual ele havia sido expulso. Um menino lhe disse: 'Essa não, não tem nada especial no que você fez. Todo o mundo pode roubar dinheiro e coisas desse tipo. Não é a mesma coisa que roubar venenos do armário da inspetora.' Depois disso a voz do bruxo lhe disse que ele tinha que tirar venenos do armário da inspetora, e ele o fez com uma incrível habilidade. Quando descobrimos que os venenos estavam com ele expulsaram-no, mas ele não se sentiu envergonhado, já que havia obedecido à voz e não tinha sido covarde. Além disso eu acrescentaria que, roubando, ele buscava a mãe que havia sido perdida, mas este é um assunto que não posso desenvolver agora.

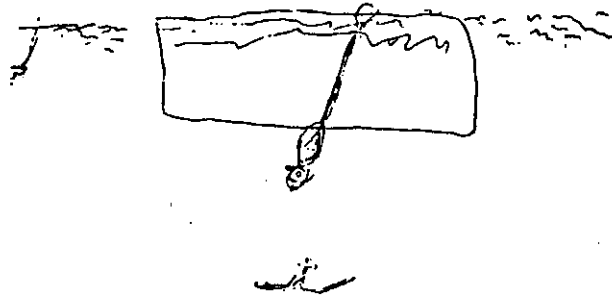
Creio ter apresentado um relato preciso da entrevista, mas não tenho esperanças de comunicar o sentimento de que havia ocorrido algo que era real para nós dois.

Eu estava um tanto cansado e pronto para encerrar, mas ele sentou-se e fez um último desenho (Fig. 6).

Depois de desenhar em silêncio, disse que era o seu pai num barco. A cima do barco estava a água com o filho de coelho.

Naquele momento estava claro que Philip desenhava não apenas para dar um fecho à entrevista, como também para me comunicar que houve um progresso. Tratei de colocar as idéias em palavras. Disse a ele que a água roubando o bebê coelho representava a sua vontade, ou sonho, na época do sofrimento mais intenso, de roubar o bebê de sua mãe. Ele tinha sentido em primeiro lugar a mãe por ser capaz de ter um bebê com o pai, e também a chance de usar a mãe num estado de dependência. (Obviamente, utilizei uma linguagem que ele pudesse compreender.) Ele deu continuidade ao tema, dizendo: 'E este aqui é o papai, que não está ligando para nada.' Lembrem-nos de que o pai havia estado na guerra. O fato

DESENHO Nº 11. "SEU PAI NUM BARCO, ACIMA DO BARCO HÁ UMA ÁGUA, E A ÁGUA ESTÁ CARREGANDO UM FILHOTE DE COELHO."



de o pai ter ido lutar pela pátria é agora muito importante para ele, algo de que pode se vangloriar diante dos colegas. No entanto, em termos de suas necessidades infantis, o pai estava negligenciando a aguda necessidade do filho por um pai que estivesse presente, que fosse amigo, forte, compreensivo e assumisse a responsabilidade. Não fosse por seu irmão e o tio, ele teria afundado quando seu relacionamento com a mãe foi interrompido pela separação e por seu ciúme em relação a ela. Agora o menino estava pronto para ir embora.

Segunda entrevista

Eu o vi novamente uma semana depois, e não sinto necessidade de rela-

tar todos os detalhes desta nova consulta. Mostro o seu desenho (Fig. 7), através do qual ele me anunciou que o bruxo e sua voz se foram depois do primeiro encontro. No desenho da casa do bruxo eu estou dentro dela com um fuzil, e o bruxo está batendo em retirada. A fumaça indica que a mulher do bruxo está cozinhando. Eu entro e tiro a magia dela. Vocês devem estar lembrados o quanto ele sentia necessidade de encontrar a sua mãe na cozinha — a alternativa era a bruxa com o seu caldeirão, e as bruxarias da mulher da infância precoce, que é terrível, se a vímos em retrospecto, dada a dependência absoluta do bebê. Isto pertence mais à área do devaneio, que opera num nível menos profundo. De fato, a tensão da primeira entrevista não estava mais lá. Eu já não estava no círculo mais interno do mundo pessoal e ma-

FIG. 7
A CASA DO BRUXO.

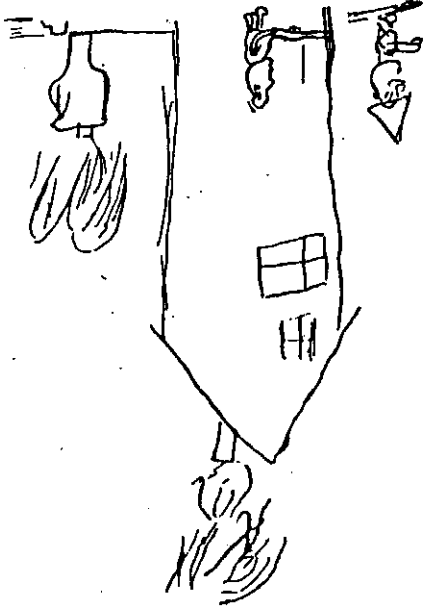


FIG. 8
UM DESENHO "ENGRAÇADO" DO BRUXO.



gico do menino; era apenas uma pessoa para quem ele podia falar e contar suas fantasias.

Mais dois desenhos: Um deles mostra o bruxo andando pelos corredores

da escola. Em seguida ele me contou novamente como havia alucinado a figura da mãe, e como ela se transformava na tia, quando ele testava a imagem para ver se era real. Havia aqui também importantes pistas sobre o modo como a vela do bruxo relacionava-se à ereção genital e a idéias de feição e de cabelos pegando fogo. Eu tinha que agir com habilidade ao receber esse material, junto com a magia e o que mais pudesse aparecer, caso contrário eu iria cometer uma invasão, tanto por pudor quanto por cegueira, ou pela intrusão de alguma idéia minha. Como não se tratava de análise, eu não podia dar mostras de que compreendia o que se passava no inconsciente reprimido. O último desenho da segunda série (Fig. 8) mostra novamente o bruxo. Desta vez é ele o alvo das zombarias. É um desenho "engraçado". Lembremos-nos de que fazia parte da doença do menino a expectativa de que rissem dele. O objeto de derrição agora estava fora da casa (fora dele mesmo), e no lugar do bruxo estava a idéia muito subjetiva que ele fazia de mim. Eu era

simplesmente a pessoa que 'encaixava' e compreendia, e que verbalizava o material da brincadeira. Ao verbalizar, falo para um eu consciente e reconheço o LUGAR DESDE O QUAL em sua personalidade total, o ponto central de sua ENTIDADE, sem o que não existe um ELE.

As Figs. 1 a 8 foram escolhidas entre 14 desenhos.

Terceira entrevista

Logo no início ele fez um desenho no qual seu inimigo joga uma faca sobre seu galgo. O inimigo é o filho do tio que havia desempenhado um papel tão importante em sua vida durante o período da depressão, e cuja voz e sobretudo militar forneceram os detalhes da figura do bruxo, por ele empregada para contrabalançar o 'sem graça'. Esse primo era odiado porque Philip amava intensamente o pai do primo.

A terceira entrevista transformou-se numa hora de brincar, uma sessão de brinquedos comum, na qual fiquei sentado, olhando como Philip construa um complexo desenho com meu jogo de trilhos de trem. Todas as vezes seguintes em que ele veio me ver limitou-se a brincar com os trens, e eu não mais fiz psicoterapia. De fato não devo fazê-lo, a não ser que me fosse possível permitir que se estabelecesse um tratamento psicanalítico, com sua sessão diária garantida e uma duração de um, dois ou três anos. Isto nunca foi cogitado no caso de Philip.

A doença em casa

Chego agora à discussão da doença que o menino teria que ter, durante a qual seus pais lhe forneceriam um asilo. É possível descrever o processo com bastante brevidade. Esta criança precisava de minha ajuda pessoal, mas existem muitos casos em que a sessão de psicoterapia pode ser omitida, sendo todo o processo terapêutico realizado em casa. Isto implica na perda de *insight*, a percepção, pela criança, de seus processos internos, mas tal perda não representa de modo algum um sério prejuízo.

Philip foi aceito em casa como um caso especial, uma criança doente que precisa ter a permissão de ficar ainda mais doente. Quero dizer, com isto, que ocorreu um adoecimento controlado, com a permissão de desenvolver-se por inteiro. Ele deveria receber aquilo a que toda criança tem direito no início, ou seja, um período em que é natural que o ambiente se adapte à vida, e não a ela. As coisas aconteceram da seguinte maneira: Philip foi se tornando cada vez mais retraído e dependente. Diziam que ele vivia num mundo encantado-

do. Sua mãe descreveu como ele, em vez de acordar de manhã, apenas sala da cama, e isto porque alguém tratava de vesti-lo. Este é um modo leigo de dizer que o menino vivia num estado sonambúlico. Algumas vezes a mãe tentou estimulá-lo a acordar, mas ele imediatamente caía num choro desesperado e ela desistiu. As refeições ele juntava os utensílios ao seu redor e comia sozinho, ainda que com a família. Parecia incivilizado, dando grandes mordidas no pão e comendo a geleia primeiro. Comia tudo de maneira mecânica, parecendo nem querer a comida nem chegar ao ponto de estar satisfeito. Durante toda a refeição parecia sempre preocupado.

Ele desceu a ladeira cada vez mais, tornando-se cada vez menos capaz de viver dentro do próprio corpo e de interessar-se por sua aparência, mas conservou-se em contato com o prazer corporal, observando o seu galgo por horas a fio.

Seu andar tornou-se descoordenado, e perto da etapa final da regressão ele se deslocava por uma técnica de pulos e saltos (semelhante ao jogo da amarelinha), em que os braços moviam-se como os de um moinho de vento, ou por uma série de cambaleios, como se impelido por uma força grossa dentro do eu, mas com certeza não caminhava. Enquanto se locomovia dessa maneira, emitia ruídos que seu irmão chamava de 'barulhos de elefante'. Nunca lhe fizeram qualquer observação sobre essas aquisições e excentricidades e comportamentos bizarras. Ele 'ganhava a nata da única vaca', como se diz na Inglaterra, e recebia também, não figurativamente, o máximo da acolhida que o lar podia proporcionar.

Em certos momentos sala de seu estado por uma hora ou duas, quando os pais reuniam pessoas em casa, e em seguida voltava a mergulhar nele. Certa vez foi a um baile, e sua estranha atitude em relação a garotas tornou-se evidente. Dançou um pouco, mas só com uma estranha e gorda criatura conhecida como 'a Caravela', que era tida por mentalmente retardada. Nessa época uma novela de suspense no rádio tornou-se uma obsessão, e sua vida girava em torno disto e da observação do cachorro.

O fundo do poço então apareceu. Ele vivia cansado. Tinha cada vez mais dificuldades para levantar-se da cama. Pela primeira vez desde que era um bebê, passou a molhar a cama. Finalmente cheguei ao sintoma que me levou a escolher este caso para a apresentação. A mãe o acordava entre 3 e 4 da madrugada a cada noite, mas ele geralmente já estava molhado, e lhe dizia: 'Sonhei que estava no banheiro, e foi tão real...'. Ao mesmo tempo passou a beber muita água, a ponto de exagerar. Sobre isto ele disse: 'É tão divertido, é delicioso, é bom de beber.'

Tudo isto durou cerca de três meses.

Certa manhã ele teve vontade de levantar-se. Isto marcou o início de sua gradual recuperação, e não houve mais sequer um olhar para trás. Os sintomas 'descascaram-se', e no verão de 1948 ele já estava pronto para voltar à escola. No entanto, a volta foi adiada até o outono, um ano após iniciar-se a fase aguda de sua doença.

Não houve recada depois da primeira entrevista, nem da figura do bruxo e de sua voz, nem dos roubos.

Ao voltar para a mesma escola Philip alcançou rapidamente a sua turma, e não houve dificuldades para reabilitar-se da fama de ladrão. O diretor não demorou para escrever a esperada carta, perguntando por quê, afinal, fez-se tanta confusão, pois o menino estava perfeitamente saudável e normal. Parece ter esquecido que há um ano ele próprio havia desligado Philip da escola. Aos doze anos e meio Philip foi para uma conhecida escola pública, bastante difícil, e aos 14 estava com 1,65m, ombros largos, naturalmente másculo, em geral fora de casa e bom nos esportes de sempre. Em termos de escolaridade estava um ano à frente de sua faixa etária.

Recapitulação

Percebo claramente o ponto de vista do pediatra que, não estando especialmente preocupado com a psicologia, deve ignorar os significados dos sintomas e tratar de curá-los. No entanto, peço a esses médicos que deem crédito ao psicólogo por seu ponto de vista, assim como o psicólogo deve dar crédito ao pediatra por seu conhecimento específico da fisiologia infantil, da bioquímica da perda de fluidos, dos tipos sanguíneos e do diagnóstico precoce de tumores cerebrais. As duas disciplinas deveriam produzir tipos diferentes de pediatras, cada qual com um saudável respeito pelo outro.

Se um pediatra tivesse sido consultado neste caso sobre enurese noturna, o que teria pensado se viesse a entrar em contato com o ponto de regressão máxima do menino? De um modo geral nem a mãe nem a criança saberiam o que estava acontecendo. No caso de Philip houve condições excepcionalmente favoráveis para que a doença se desenvolvesse até alcançar o seu auge, e em seguida retrocedesse até chegar naturalmente ao fim. Teria sido inútil tentar curar a enurese de Philip sem considerar o estado regressivo que se encontrava em seus bastidores.

Capítulo X

Um Caso Tratado em Casa (1955)¹

NEM TODO CASO de psiquiatria infantil é de interesse direto para o assistente social. Apresento o problema de Kathleen porque, apesar de ter sido tratado por mim, não foi realmente um caso de psicoterapia. A parte mais pesada do trabalho recaiu sobre a mãe, na verdade sobre toda a família, e o êxito final deve ser atribuído ao trabalho realizado na residência da criança ao longo de um ano. A forma do tratamento foi estabelecida por mim, e isto implicou em que durante vários meses tive entrevistas semanais de dez a vinte minutos com a mãe e a criança.

Na primeira entrevista foi possível chegar a uma conclusão definitiva quanto ao aspecto psicopatológico da situação, e formar uma hipótese quanto à capacidade dos pais de lidar com a criança durante a sua doença.

A criança me foi encaminhada para que eu a internasse em alguma clínica, já que não havia ocorrido aos que inicialmente tiveram contato com ela que, sob certas condições, poderia haver um restabelecimento espontâneo no decorrer do tempo. O ponto importante foi que na cuidadosa anamnese realizada na primeira entrevista foi possível chegar a um diagrama da sintomatologia, a partir do que ficou claro que o auge da doença já havia ocorrido e que já era possível perceber uma certa tendência em direção à melhora na época da consulta. No diagrama havia um pico de ansiedade *neurótica* seguido por uma crescente angústia, e em certo momento a doença mudou qualitativamente, adquirindo um caráter *psicótico*. A fase *neurótica* aguda seguiu-se a uma história contada a ela pela mãe, num momento em que ela já estava começando a ficar perturbada pelo fato de ser a dama de honra no casamento de sua tia favorita. O período do distúrbio psicótico foi em certa medida simultâneo ao casamento.

¹ Publicado em *Case Conference*, vol. 2, nº 7, novembro de 1955.

Achei interessante perceber que a criança estava começando a melhorar e, pesquisando a fundo esse aspecto, descobri que a família havia transferido a si mesma num hospital psiquiátrico, assumindo uma organização paranoide dentro da qual essa criança retraída e paranoide adaptava-se admiravelmente. No início a criança ficava tranquila apenas quando em contato físico com a mãe, mas já na época da consulta surgira um círculo de alguns metros em volta da mãe em que ela podia permanecer sem entrar em angústia extrema. Descobri que a mãe, uma mulher com educação primária, não muito inteligente mas uma excelente administradora do seu lar, queria muito entender por que ela e sua família haviam chegado a esse estado tão estranho e anormal. De fato, ela mantinha a atmosfera de hospital psiquiátrico até que a criança estivesse pronta para que as coisas voltassem ao normal. A recuperação gradual da normalidade doméstica ocorreu na medida em que a criança deixava de lado a sua organização defensiva paranoide. Obtive a cooperação das autoridades locais até mesmo quando solicitei que ninguém fosse autorizado a visitar a família, e ao longo de um ano assumi a responsabilidade total, simplificando assim a tarefa da mãe.

Portanto, foi mais o manejo do que uma psicoterapia propriamente dita que permitiu a volta da criança a uma condição normal ou quase normal. Foi feito um trabalho direto com a criança durante suas visitas semanais, que eram necessariamente curtas pelo fato de eu não ter uma hora vaga para tratar do caso naquela época. O que pôde ser feito nesses breves contatos não foi a parte essencial e nem a mais importante do tratamento, mas de fato re-presentou uma contribuição bastante útil.

Tentarei agora descrever o caso de modo mais detalhado.

Kathleen me foi encaminhada aos seis anos de idade pelo psiquiatra da Clínica de Assistência à Infância do condado, com uma nota na qual estava declarado: "Tornou-se recentemente negativamente, falando sozinho e olhando para o nada, recusando-se a cooperar com a mãe apesar de não aceitar separar-se dela."

De um relatório enviado por uma assistente social psiquiátrica extra os seguintes dados, após entrevistar a mãe:

Mae: Parece estável. Encontra-se agora desesperadamente ansiosa e sente perda sobre como lidar com a paciente.

Pai: Está muito bem.

Irmãos: Pat, com 11 anos. Criança brilhante, falante. A paciente, com 6 anos. Sylvia, com 20 meses, uma linda menina.

Kathleen foi amamentada durante 3 meses. Aceitou a mamadeira com facilidade e passou para alimentos sólidos e a comer sozinho sem problemas.

Começou a usar palavras por volta dos doze meses, e falou cedo. Com dezesseis meses começou a andar. Os hábitos de higiene foram adquiridos normalmente. A mãe fez uma comparação entre o desenvolvimento da menina e das outras duas crianças, e não havia qualquer indicio de retardo.

Não houve doenças físicas importantes. Foi necessário operar o seu polegar no hospital, e ela não pareceu atemorizada pela experiência. Recentemente queixou-se de dores de cabeça e parecia pálida. Na primeira infância, de vez em quando gritava muito, um pouco além do normal, e os pais tinham que ser sempre um pouco mais cuidadosos com ela do que com os outros dois filhos. Perceberam que ela precisava de uma adaptação um pouco mais estrita às suas necessidades. Em outros termos, ela era do tipo sensível. Descobriu-se que ela precisava ter suas perguntas respondidas rapidamente, caso contrário tinha ataques de fúria. Tornou-se uma criança sempre tensa, necessitando de um manejo muito cuidadoso. Era possível dizer, no entanto, que ela estava dentro dos limites da normalidade — inteligente, alegre, capaz de brincar e de se comunicar bem com as pessoas.

Quando foi para a escola, aos cinco anos, não gostou muito, mas comportava-se de modo bastante razoável. Era agradável e amigável, e conseguia lidar com a frustração 'pensando melhor' nas coisas. Até algumas semanas antes da consulta seu desempenho na escola era adequado, e então começou a deteriorar.

Em casa a menina gostava de ajudar sua mãe nas tarefas domésticas, e fazia-o muito bem desde os quatro anos. Gostava de brincar com sua irmã menor, era muito caprichosa em cuidar de seus livros e não gostava de vê-los desarrumados ou rasgados pela irmã. Sentia amor por suas bonecas. Gostava muito de ir à escola dominical. Parecia gostar de sua irmã menor e de fazer coisas para ela.

Kathleen pertencia a uma família de gente trabalhadora, comum. O pai ganhava uma vida bastante bem trabalhando com ferro-velho. Começou com um lote de terra, comprou um trailer para a família morar, e posteriormente construiu adquirir uma modesta casa de campo e um carro pequeno. A mãe é uma mulher simpática, não muito esperta mas capaz de administrar sua vida de maneira sensata, na base de não tentar mais do que ela sabe que pode manejar. Vem de uma família de inteligência limitada, e da parte do pai há um tio epilético.

Algumas semanas antes da primeira consulta, Kathleen deveria ser a dama de honra no casamento de sua tia favorita. Esse casamento estava se aproximando, quando começou a sua doença. Ela dizia à sua tia: 'Sou eu que vou casar, e não você.' Não se tratava apenas de uma brincadeira, pois na

verdade foi o que marcou o início de sua angústia. Ela conseguia ver a si mesma no lugar da tia, mas não se via como espectadora do casamento. Nessa época ela começou também, a princípio de um modo muito ligeiro, a ter delírios de perseguição, e tentava fazer com que todos sorrissem sem parar, porque acreditava que algo horrível iria acontecer com os rostos das pessoas. Logo já não era mais suficiente que as pessoas sorrissem. Rapidamente as coisas mudaram muito, levando a professora a observar que nas últimas semanas ela não prestava a menor atenção quando lhe falavam, mesmo quando seu nome era chamado repetidamente. Ficava sentada olhando para a frente, muito preocupada. Uma ou duas vezes recusou-se a tirar o casaco e o chapéu na escola. Agora sua caligrafia não era tão cuidadosa, e às vezes ela rabiscava em vez de escrever, e errava ao escrever algumas letras, o que antes não acontecia.

Surgimento da doença aguda

A essa altura, sua irmã de onze anos, que na verdade estava sendo afetada pelo casamento próximo da mesma maneira que Kathleen, fez algo que veio a desempenhar um papel muito especial no conflito que existia na mente da criança. Ela lhe contou uma história de terror. Kathleen gostava da tia, e a partir do lado feminino de sua personalidade identificava-se com a tia; mas havia também que lidar com o outro lado de sua personalidade, muito mais difícil de trazer para a consciência, qual seja, o de sua identificação com o *homem* naquele casamento. Ela o conhecia, e gostava dele também. Com base em sua identificação com a mãe e seu amor pelo pai, ela teria conseguido lidar com a situação se tudo corresse bem. Digamos, então, que ela tinha dois sonhos em potencial, sendo que num deles ela era a dama de honra, identificada com a noiva, e no outro o lado masculino de sua personalidade rivalizava com o noivo. Essa rivalidade implicava em morte, e portanto a história contada pela irmã (que também sofria pelo mesmo conflito) teve um grande impacto sobre ela. A irmã ouviu a história num programa de rádio. Na história um homem era morto, e seu sangue escorria por todo o chão da casa. Suas defesas contra a ansiedade e os conflitos desagradados pelo casamento estavam funcionando bem, e sua identificação masculina havia sido reprimida. Agora, porém, surgia a ameaça de um retorno dos sonhos intoleráveis pertencentes à rivalidade com o homem, e ela teve que recorrer a defesas mais primitivas. Tornou-se retratada e paranoide. Essa reorganização requeria tempo, e o efeito imediato da história contada pela irmã foi uma intensa e maníes-

ta ansiedade. Houve, portanto, um período preliminar de uma aguda doença neurótica. A criança desenvolveu um medo extremo de ir para a cama. Perguntava insistentemente se havia sangue pelo chão. E dizia repetidamente: 'Mãe, mãe, ele vem me matar? Vai me acontecer alguma coisa? Você está virando a porta?' Por fim deixava que a acalmassem e dormia.

Após esse período de ansiedade aguda, ela se recuperou e passou um tempo bastante normal, mas uma semana depois voltou da escola falando de modo estranho sobre um homem que queria levá-la para a água. Disse que todas as crianças que foram com ele para a água ganharam roupas novas. Ela havia se tornado um caso de psicose.

Desse ponto em diante ela nunca mais foi a mesma, e perto do casamento ficou realmente muito doente, de um modo que lembrava mais uma doença de hospital psiquiátrico do que uma psicose. Passou a sentar-se e ficar olhando o vazio, recusando-se a falar. Certa manhã olhou para sua irmã e uma amiga e gritou atemorizada para a mãe: 'Manda elas embora.' Disse que seus rostos pareciam horríveis de tão feios e que não suportava vê-los. Ela estava alucinando. Num outro momento, na rua, gritou: 'Manda embora todo o mundo. Não deixa eles ficarem em volta de mim.' Tornou-se intensamente preocupada. Quando lhe pediam para fazer algo simples, parecia não compreender, ficava muito excitada e gritava: 'Como, o que você quer dizer? Você está me enrolando e me fazendo perder meus dias outra vez.' Voltava e meia caía no choro e dizia nomes feios, e dava a impressão de sentir um intenso terror. Muitas vezes dizia que odiava sua mãe e queria ir embora. Certa vez dobrou o corpo como se estivesse sentindo uma dor muito forte, e disse para a mãe: 'Você está falando para dentro da minha barriga, você está me machucando.' Falava freqüentemente sobre um homem: 'Ele e eu vamos fazê-lo. Vou viver com ele num bangalô e você não vem junto. Ele vem me levar.' Em outros momentos ela identificava a voz de um homem no rádio com esse homem de quem falava. Parecia vê-lo, e ficava olhando o espaço como se estivesse alucinada, gritando: 'Ele fez aquilo.' Quando ganhava algumas, segurava-as na mão como se não soubesse o que fazer com elas. Já não se interessava por qualquer tipo de brincadeira, e deu suas bonecas. Não se importava mais quando sua irmã menor rabiscava os seus livros. Não tinha vontade de sair de casa nem de ir brincar com o patinete. Seguinte sua mãe o tempo todo e não a perda de vista. Chorava toda noite ao ir dormir e queria que a mãe ou o pai ficasse a seu lado. Não suportava ouvir o nome de sua escola e cobria o rosto com as mãos quando alguém o pronunciava. Num dia em que deveria sair com o pai, fez oito tentativas mas não conseguiu, e por fim correu para a mãe, aflita. Depois disso não mais saiu de perto da mãe.

psiquiátrico a serviço da menina. Os pais arranjaram as coisas de modo que ninguém batesse à porta, pois a criança temia as batidas. O leiteiro teria que deixar o leite do lado de fora do portão em vez de na soleira da porta. O cartereiro e o entregador de carvão recebiam instruções semelhantes. Nem mesmo aos parentes foi permitida a visita, e assim por diante. A família toda estava envolvida. Em que clínica seria possível conseguir tudo isso?

Tive que perguntar a mim mesmo se eu poderia fornecer algo melhor do que ela estava recebendo em casa, e cheguei à conclusão de que não. Expliquei à mãe o significado do que ela estava fazendo e perguntei-lhe se ela podia continuar. Ela disse: 'Agora que você me explicou o que estou fazendo, posso continuar. Quanto tempo isto vai durar?' A isto eu tive que responder: 'Não sei, mas possivelmente alguns meses.'

Desse modo, ajudei a mãe em sua tarefa através de uma carta que mandei às autoridades locais pedindo que ninguém visitasse a casa, nem da clínica nem da escola, e a cooperação foi total. Quando a criança começou a melhorar, o assistente social da escola foi a primeira *persona grata*, e é interessante observar que seu recente falecimento provocou uma lacuna na família, tão afeiçoados tornaram-se todos eles em relação a esse homem. Dentro desse contexto artificialmente paranoide, a criança foi capaz de abandonar gradualmente seu próprio retraimento paranoide. Em vez de conseguir suportar a vida apenas enquanto se mantinha agarrada à mãe, agora ela passou a se comportar de um modo bastante normal dentro de um círculo de alguns metros ao seu redor. Foi notável o modo como as crianças e também os adultos adaptaram-se às necessidades da menina. O círculo dentro do qual ela agora se sentia segura foi aumentando cada vez mais, até tornar-se do tamanho da casa, e até maior.

A manutenção do contato

Ao longo de todo esse tempo, ainda que isto contrariasse a ideia do lar como um sistema fechado, a mãe trouxe a criança ao meu consultório uma vez por semana para um breve contato. A cada semana eu explicava à mãe o que estava acontecendo e dava à menina a oportunidade de ser negativista. Ela se recusava a entrar na minha sala de brinquedos. Tinha um aspecto selvagem e desafiador, e na maior parte do tempo limitava-se a ficar junto da mãe, batendo o pé, cuspidando e esbravejando, utilizando palavras de baixo calão. Parecia um animal selvagem. As vezes dizia: 'Cala a boca, eu vou te matar', ou então 'Não, não, não.' E difícil descrever a violência com que me repudiava. Após várias consultas, a menina aceitou fazer uma rápida visita à sala de brinquedos antes de ir embora. Ficou então sabendo que ali havia

Enquanto estava muito próxima à mãe ficava razoavelmente tranquila, mas não conseguia dormir sem que a mãe ficasse sentada a seu lado por uma ou duas horas. Mesmo então ela acordava às duas da manhã e ia para a cama da mãe, mas ficava inquieta e não conseguia dormir. Nessa época não tinha pesadelos. (Antes de adormecer ela sempre dormia a noite toda.)

Durante um certo tempo ela não suportava ver a sua irmã mais velha. Por outro lado, passou a usar a irmã menor para representar um aspecto normal de si mesma, onde ela podia continuar existindo enquanto estava tão doente, da mesma forma como outros pacientes utilizam um gato ou um cachorro ou um patinho. Se antes ela gostava muito de suas bonecas e as mantinha muito arrumadas sobre sua cama, agora as deixou de lado e as apalbebe. Seu amor pelo bebê continha uma certa dose de ansiedade, e ela apalpava o seu rosto a toda hora e perguntava: 'Está tudo bem com ela?', o que fez com que o bebê ficasse mal-humorado.

Também parou inteiramente de desenhar. Não havia incontinência, mas a mãe tinha que estar sempre alerta para ajudá-la rapidamente. A escola dominical, de que gostava muito, agora não podia mais ser frequentada já que ela não saía de perto da mãe. Certa vez foi com a mãe à igreja mas ficou entediada perto do fim, em vez de apreciar como antes. Não suportava mais a presença de pessoas.

O percurso da doença aguda

Um exame cuidadoso dos detalhes mostrou que o distúrbio começou como uma exacerbação da suscetibilidade normal devida aos preparativos para o casamento. O repentino auge da ansiedade manifestou-se à história contada pela irmã. Houve uma certa melhora desse estado, mas uma semana depois surgiu a fase psicótica da doença, que durou até depois do casamento. Gradativamente, depois de mais uma semana ou duas, a gravidade da doença começou a diminuir, e essa melhora, ainda que ligeira e gradual, manteve-se firme até a recuperação final da criança, um ano depois.

Entre em contato com o caso justamente depois dessa ligeira melhora, quando a pior fase da doença já tinha passado, e perguntei a mim mesmo o que havia possibilitado essa melhora. Teria sido porque o casamento já havia ocorrido, ou alguma outra coisa teria ajudado? Eu já tinha me decidido a não levar a criança e interná-la, porque não era muito provável conseguir um lugar onde ela fosse adequadamente cuidada. Passei a tentar entender como era essa família, e descobri que eles se haviam transformado num hospital

Acompanhamento posterior

Sylvia, agora com 9 anos, está se desenvolvendo bem.

Assim, é possível dizer que ela se recuperou. Eu ajudei, à minha maneira. Os pais fizeram o trabalho mais importante, e para fazê-lo não foi preciso que eles fossem inteligentes. Tiveram apenas que sentir que valia a pena fazer uma adaptação temporária às necessidades de sua filha doente.

Gostaria de comparar a doença neuótica com o desenvolvimento psicótico. Certos conflitos entre sua identificação com o lado masculino (homossexual) não estavam disponíveis para a sua consciência, impedindo que ela elaborasse um relacionamento satisfatório entre seu eu masculino e o futuro tio. Disto derivou a potencialidade traumática da situação do casamento. A história de terror fez com que esse conflito viesse à tona, acarretando uma grave ansiedade. A psicoterapia poderia ter ajudado nesse ponto. À medida que o casamento se aproximava, a menina desenvolvia uma defesa mais patológica. Ela desenvolvia uma psicose, retraiu-se, e ficou preocupada em cuidar de si mesma dentro de si mesma. Isto a colocou numa situação de vul-

1 Um teste de inteligência aplicado quando ela tinha 13 anos e 10 meses deu um QI de 91.

Dois anos depois

Cerca de dois anos depois ela disse à sua mãe: 'Eu quero visitar o Dr. Muncie e quero levar minha irmãzinha.' A visita foi combinada. Ao entrar

Winnicott e quero levar minha irmãzinha.' A visita foi combinada. Ao entrar em minha sala ela obviamente sabia o que iria encontrar ali, e passou a mostrar os brinquedos a irmã. Eu não podia ter certeza, antes disso, de que ela havia notado os brinquedos. A irmã brincou inteiramente sozinha, usando normalmente os brinquedos, e eu dividi a minha atenção entre as duas crianças. Kathleen brincou de construir uma estrada muito longa, usando as muitas casinhas de brinquedo que eu tinha então no consultório. Ela estava claramente pedindo uma interpretação, e eu então pude explicar-lhe que o que ela estava fazendo era juntando o passado e o presente, unindo a minha casa à dela, integrando a sua experiência passada com o presente. Foi por isto que ela tinha vindo, e também para que eu soubesse que ela tinha usado a sua irmã menor como a parte saudável de si mesma. Pouco a pouco, ao longo de sua melhora, ela trouxe de volta o seu eu normal que estava com a irmã, e voltou a ter com ela um relacionamento normal.

Após a recada que se seguiu ao fato de a tia não poder hospedá-la, a mãe sentiu que ela *tinha* que afastar um pouco a criança, por não conseguir modi-

nerabilidade, pois não lhe sobrava tempo para lidar com o mundo externo. Dizendo de outro modo, ela se tornou paranoide.

Minha participação teve início quando essa organização defensiva mais psicótica já estava estabelecida. Se eu pudesse tratar da menina de um modo mais profundo, em vez de simplesmente deixar que ela viesse e cuspsisse, meu consultório teria adquirido gradualmente a atmosfera de hospital psiquiátrico que acabou surgindo em sua casa. Mas não foi preciso que eu o fizesse. Os pais forneceram um contexto no qual ela podia viver. Foi possível a ela identificar-se com sua própria casa (modificada), porque esta havia assumido a forma de suas defesas.

Resumo

Foi apresentado um caso de psiquiatria infantil no qual uma família da classe trabalhadora foi autorizada a tratar de uma criança psicótica ao longo dos 15 meses de sua doença. A família foi ajudada por um atendimento mínimo à criança, e por meio de orientação. O tempo total dedicado por mim a esse caso foi de apenas algumas horas, distribuídas ao longo de vários meses.

Talvez este caso possa ajudar os assistentes sociais de crianças a compreender o que acontece quando certas crianças utilizam as famílias adotivas ou os internatos de modo positivo (cf. Clare Britton, 1955).

A Defesa Maníaca (1935)¹

NO MEU CASO particular, a compreensão crescente do conceito formulado pela Sra. Klein, atualmente conhecido como "a defesa maníaca", coincidiu com o gradual aprofundamento da minha percepção da realidade interna. Há uns três ou quatro anos, eu costumava contrastar 'fantasia' e 'realidade' de um modo que levou alguns psicanalistas a observar que eu usava o termo 'fantasia' de um modo bem diferente de como ele era normalmente usado. Respondi às suas objeções dizendo que essa diferença era inevitável. Isto porque (como ocorre com o uso psicanalítico da palavra 'ansiedade') a invenção de um novo termo seria ainda menos justificável do que o tratamento de uma palavra já existente acrescida de alguns pequenos retoques. Com o tempo, no entanto, descobri que venho usando o termo 'fantasia' cada vez mais em seu sentido corrente, pois passei a confrontar a realidade externa não tanto com a fantasia, quanto com a realidade interna.

De certo modo, isto que estou dizendo é apenas uma evasiva, pois se houver um respeito suficiente pela 'fantasia', consciente e inconsciente, a mudança para o uso do termo 'realidade interna' não irá exigir qualquer esforço. Haverá alguns, no entanto, para quem — como aconteceu comigo — a mudança de terminologia implicará numa crença mais profunda na realidade interna.²

A conexão entre estas preliminares e o título do meu trabalho — A Defesa Maníaca — consiste em que faz parte da defesa maníaca do indivíduo a sua incapacidade de aceitar o significado pleno da realidade interna. Há flu-

1 Apresentado na British Psycho-Analytical Society em 4 de dezembro de 1935.

2 O termo 'realidade psíquica' não envolve qualquer localização da fantasia. O termo 'realidade interna' pressupõe a existência de um interior e de um exterior, e portanto de uma membrana limitadora pertencente ao que atualmente chamo de 'psicossoma' (1957).

As fantasias onipotentes não são tanto a realidade interna propriamente dita quanto uma defesa contra a aceitação da mesma. Podemos encontrar nessa defesa a fuga para a fantasia onipotente, e a fuga de uma fantasia para outra fantasia, e nessa sequência, a fuga para a realidade externa. É por esta razão que, a meu ver, não se deve confrontar fantasia com realidade. Nos tão conhecidos livros de aventuras, sempre extrovertidos, percebemos freqüentemente que o autor usou na infância a fuga para o devaneio, e mais tarde usou a realidade externa na mesma fuga. Ele não tem consciência das ansiedades depressivas das quais fugiu. Sua vida foi cheia de incidentes e aventuras, e isto pode ser contado com bastante precisão. Mas a impressão deixada no leitor é a de uma personalidade um tanto rala justamente por este motivo, pelo fato de o escritor aventuroso ter baseado a sua vida na negação de sua realidade interna pessoal. É com alívio que deixamos de lado tais autores e nos voltamos para os que são capazes de tolerar as ansiedades depressivas e a dúvida.

É possível perceber o afrouxamento da defesa maníaca no comportamento e nas fantasias do indivíduo durante a sua análise. Na medida em que as ansiedades depressivas diminuem em consequência da análise e a crença nos objetos internos bons aumenta, a defesa maníaca torna-se menos intensa e menos necessária, e por isto menos evidente.

Deveria ser possível vincular a diminuição da manipulação, do controle e da desvalorização onipotentes à normalidade, e a um grau de defesa maníaca empregado por todo o mundo na vida cotidiana. Por exemplo, estamos num teatro, e no palco surgem os dançarinos, treinados para demonstrar vitalidade. Alguém poderia dizer: 'Eis aí a cena primária' (ou o exibicionismo, ou o controle anal, ou uma submissão masoquista à disciplina, ou então um desatrito ao superego). Cedo ou tarde, porém, acaba crescendo: 'Eis aí a vida'. Não poderia o ponto central da performance ser uma negação do desalento, uma defesa contra a ideia da 'morte interior', sendo os aspectos sexuais apenas secundários?

O que dizer do rádio mantido sempre ligado? Ou do fato de vivermos numa cidade como Londres, onde o barulho nunca para e as luzes nunca se apagam? Cada um desses exemplos ilustra o reassseguramento por meio da realidade contra a morte interna, e o uso da defesa maníaca que pode ser normal. É novamente, a existência, na imprensa, de colunas sobre a casa real e sobre gente importante justificam-se pela necessidade generalizada de reassseguramento contra ideias de doenças e morte na família real e na aristocracia, reassseguramento que pode ser proporcionado pela publicação de fatos a seu respeito. Mas não há reassseguramento possível contra a destruição e a desor-

tuções na capacidade individual de respeitar a realidade interna que se relacionam com as ansiedades depressivas. A consequência é que, em certos dias ao longo da nossa prática analítica, um paciente que utiliza predominantemente a defesa maníaca apresentará um material que, naquele momento, desafia a interpretação. Mas no dia seguinte as anotações feitas durante aquela sessão poderão fazer sentido com muita facilidade.

A nova compreensão nos convida a reformular a ideia de "Fuga para a realidade", de Searl (1929), como uma fuga à realidade interna mais do que à fantasia. A realidade interna deve ser ela própria descrita em termos de fantasia. Não é, porém, sinônimo de fantasia, visto que esse termo é usado para indicar a fantasia que é pessoal e organizada, relacionada historicamente a experiências físicas de excitação, prazeres e dores da infância. A fantasia é uma parte dos esforços do indivíduo para lidar com a realidade interna. Pode-se inclusive dizer que a fantasia é o devaneio são manipulações onipotentes da realidade externa. O controle onipotente da realidade implica em fantasias sobre essa realidade. O indivíduo chega à realidade externa através das fantasias onipotentes elaboradas na tentativa de livrar-se da realidade interna.

No último parágrafo de seu trabalho "Fuga para a realidade", a Srta. Searl escreve: "...numa situação de perigo, (a criança) deseja manter sempre consigo os pais idealmente amorosos e amados, sem medo de uma separação. Ao mesmo tempo, deseja destruir através do ódio os pais malvados e severos que a deixam exposta aos terríveis perigos das tensões libidinais insatisfeitas. Ou seja, na fantasia onipotente, ela devora tanto os pais amorosos quanto os pais severos..."

Creio que aqui foi omitido o reconhecimento da relação com objetos sentidos como se estivessem dentro. Aparentemente, o que encontramos não é apenas uma fantasia de incorporação de pais bons e maus. Encontramos o fato, do qual a criança está em grande parte inconsciente, de que, pelas mesmas razões que predominam na relação entre a criança e os pais externos, ocorrem ataques sádicos *no interior da criança*, ataques contra o país que são bons e que se amam (porque, sendo felizes um com o outro, eles tramam), e ataques contra os pais tornados maus pelo ódio, defesas contra objetos maus que agora ameaçam também o ego, e até mesmo tentativas de salvar o que é bom do que é mau, e de usar o que é mau para combater o que é mau, e assim por diante.

ganização das figuras correspondentes na realidade interna. Do 'God Save the King' não basta dizer que queremos salvar o rei do ódio que inconscientemente lhe devotamos. Podemos dizer que na fantasia inconsciente de fato o matamos, e gostaríamos de salvá-lo da nossa fantasia, mas isto extrapola o termo 'fantasia'. Eu prefiro dizer que em nossa realidade interna o pai internalizado está sempre sendo morto, roubado, queimado e retalhado, e damos boas-vindas à personificação desse pai internalizado por um homem real a quem podemos ajudar a salvar. O luto oficial da corte é uma lei que paga tributo à normalidade do luto. Na defesa maníaca o luto não pode ser sentido.

Nessas colunas sobre a corte e as personalidades importantes, os movimentos da aristocracia são relatados e preditos, e podemos ver aqui, nesse tênue distarce, o controle onipotente sobre personagens que representam objetos internos.

Na verdade, não é possível discutir *abstratamente* se tais dispositivos são um reassseguramento normal por meio da realidade ou uma defesa maníaca anormal. Podemos *sim* discutir, no entanto, o uso da defesa que encontramos no decurso da análise de um paciente.

Na defesa maníaca, um relacionamento com o objeto externo é usado com a intenção de diminuir a tensão da realidade interna. Mas é característico da defesa maníaca que o indivíduo seja incapaz de acreditar inteiramente na vivacidade que nega o desalento, justamente porque ele não acredita em sua própria capacidade de amar o objeto. A capacidade de fazer o bem só é real quando a destrutividade é reconhecida.

É possível que algumas de nossas dificuldades para concordarmos sobre um termo que designe o que atualmente chamamos de defesa maníaca devam-se diretamente à natureza da própria defesa maníaca. Não se pode deixar de notar que a palavra 'depressão' é usada, e com muita precisão, na fala popular. Não é visível aí a introspecção que acompanha a depressão? O fato de que não existe um termo popular designando a defesa maníaca poderia ser atribuído à ausência de autocritica que a acompanha, clinicamente falando. Pela própria natureza da defesa maníaca, seria de se esperar que não conseguíssemos observá-la por meio da introspecção no momento em que ela se encontra em funcionamento.

É justamente quando estamos deprimidos que nos *sentimos* deprimidos. E é justamente quando estamos nos defendendo maniacamente que *menos aptos estamos para sentir* que estamos nos defendendo da depressão. Nesses momentos é mais provável que nos sintamos alegres, felizes, ocupados, excitados, bem-humorados, oniscientes, 'cheios de vida', e ao mesmo tempo

estamos menos interessados do que em outros momentos em coisas sérias e nos horrores do ódio, da destruição, do assassinato.

Não estou afirmando que nas análises do passado¹ as fantasias inconscientes mais profundas, que (segundo os passos de Freud) neste momento denominamos 'realidade interna', não tenham sido alcançadas. Ao aprendermos as técnicas da psicanálise, somos ensinados a interpretar *dentro da transferência*. Uma análise total da transferência abarca também a análise da realidade interna. Mas uma compreensão desta última é necessária para entendermos claramente a transferência.

Características da defesa maníaca

Gostaria agora de examinar mais detidamente a natureza da defesa maníaca. Suas características são a manipulação onipotente ou controle, e a desvalorização desdenhosa. Ela se organiza em relação às ansiedades vinculadas à depressão, que é o estado de espírito resultante da coexistência de amor, voracidade e ódio nos relacionamentos entre os objetos internos.

A defesa maníaca se manifesta de várias maneiras, todas inter-relacionadas:

Negação da realidade interna.

Fuga da realidade interna para a realidade externa.

Manutenção das pessoas do mundo interno em 'animação suspensa'.

Negação das *sensações* de depressão — a saber, as sensações de peso e de tristeza — por meio de sensações especificamente opostas, de leveza, bom humor etc.

Emprego de praticamente todos os opostos na tentativa de reasssegurar-se contra a morte, o caos, o mistério etc., idéias que pertencem ao *conteúdo fantástico* da posição depressiva.

Negação da realidade interna. Já me referi anteriormente a este ponto, quando relatei a minha própria demora em reconhecer as fantasias inconscientes mais profundas. Clinicamente, o que vemos não é tanto a negação, mas a elação que resulta da negação, ou a sensação de irrealidade do mundo externo, ou a despreocupação em relação a coisas sérias.

Há um tipo de reconhecimento parcial da realidade interna que vale a pena mencionar neste momento. Podemos vir a nos deparar com percepções incrivelmente profundas de certos aspectos da realidade interna em pessoas

¹ Isto é, nas análises anteriores a Klein.

dos maus impede também quaisquer relacionamentos bons, e o paciente sente-se morto por dentro, vendo o mundo como um lugar desprovido de cor. Meu segundo caso ilustrará essa situação.

Negação de certos aspectos dos sentimentos de depressão.

O uso de opostos com a intenção de tranquilizar. Estes dois fenômenos podem ser vistos como um só. Para ilustrar o que pretendo dizer, apresento uma série de opostos, freqüentemente utilizados em fantasias onipotentes e no controle onipotente da realidade externa por pacientes no estado da defesa-maniaca. Alguns são mais empregados para o efeito da tranquilização através da realidade externa, de modo que a onipotência e a desvalorização se fazem notar muito pouco.

Vazio	..	Preenchendo-se	..
Morto	..	Vivo, crescendo	..
Inerte	..	Em movimento	..
Cinzento	..	Colorido	..
Escuro	..	Luminoso, claro	..
Imutável	..	Mudando sempre	..
Vagabundo	..	Rápido	..
Interno	..	Externo	..
Pesado	..	Leve	..
Afundando	..	Subindo, emergindo	..
Muito em baixo	..	Bem no alto	..
Triste	..	Fazendo rir, feliz	..
Deprimido	..	'Cuca fresca', 'alto astral'	..
Sério	..	Engraçado	..
Separado	..	Unido	..
Separando-se	..	Unindo-se	..
Amorfo	..	Formado, proporcional	..
Caos	..	Ordem	..
Discórdia	..	Harmonia	..
Fracasso	..	Sucesso	..
Em pedaços	..	Integrado	..
Desconhecido,	..		
misterioso	..	Conhecido, compreendido	..

As palavras-chave aqui são: Morto e Vivo — Em movimento — Em crescimento.

que, no entanto, não reconhecem as pessoas que habitam o seu interior como fazendo parte delas mesmas. Um artista pode sentir que certo quadro foi pintado por alguém que atua desde o seu interior, ou um pregador poderia sentir como se Deus falasse através dele. Muitos dos que vivem uma vida normal e valiosa não se sentem responsáveis pelo que há de melhor neles mesmos. São pessoas que se orgulham e se sentem felizes por serem os agentes de algum admirado e amado, ou de Deus, e negam a paternidade do objeto internalizado. Sou de opinião de que muito mais foi escrito sobre objetos internalizados maus, igualmente não assumidos, do que sobre a negação (da paternidade) de forças ou objetos internos bons.

Neste ponto surge uma questão de natureza prática: Na análise do tipo mais satirístico de pacientes religiosos, é útil trabalhar com o paciente com base num aparente acordo quanto ao reconhecimento da realidade interna, e deixar que o reconhecimento da origem pessoal do Deus do paciente ocorra automaticamente, como resultado da diminuição da ansiedade decorrente da análise da posição depressiva. É necessariamente perigoso que o analista tenha em mente a idéia de que o Deus do paciente é um 'objeto fantástico'. O uso desse termo levaria o paciente a sentir que o analista está desvalorizando o seu objeto bom, não sendo esta a sua intenção. Creio que algo similar pode ser dito sobre a análise de um artista quanto às fontes de sua inspiração, e também sobre as pessoas internas e os companheiros imaginários a quem os nossos pacientes por vezes nos apresentam.

Fuga da realidade interna para a realidade externa. Deste fenômeno existem várias manifestações clínicas. Há o paciente que faz com que a realidade externa expresse as suas fantasias. Há o que devaneia, manipulando onipotentemente a realidade, mas sabe que se trata de uma manipulação. Há o paciente que explora toda e qualquer possibilidade física da sexualidade e da sensualidade. E há o que explora as sensações corporais internas. Destes dois últimos, o primeiro, o masturbador compulsivo, diminui as tensões psíquicas através da satisfação extrada da atividade auto-erótica ou das experiências homossexuais ou heterossexuais compulsivas, e o último, o hipocôndriaco, passa a tolerar a tensão psíquica pela negação de seu conteúdo fantástico.

Animação suspensa. Neste aspecto da defesa, pelo qual o paciente controla os seus pais internalizados mantendo-os entre a vida e a morte, a realidade interna perigosa (com seus objetos bons ameaçados, seus objetos maus e pedaços de objetos, e seus perigosos perseguidores) é até certo ponto reconhecida (inconscientemente), e o paciente lida com ela em certa medida. A defesa é insatisfatória, visto que o controle onipotente dos pais internaliza-

Depressivo — Ascendente

Gostaria de examinar brevemente uma dessas defesas, que a mim inte-

ressa muito particularmente.

Enquanto procurava uma palavra que poderia descrever a totalidade das

defesas contra a posição depressiva, deparei-me com o termo 'ascendente'.

O Dr. J. M. Taylor fez-me essa sugestão como um antônimo de 'depressivo',

e a mim ele pareceu melhor que o termo fluuando, que tão bem conhecemos

dos relatórios da Bolsa de Valores, onde ele é utilizado como oposto de 'de-

primido'.

A mim parece que essa palavra, 'ascendente', pode ser empregada mi-

to produtivamente para chamar a atenção para a defesa contra aspectos de-

pressivos descritos por expressões, tais como 'um peso no coração', 'no

fundo do desespero', 'aquele sentimento de estar afundando' etc.

Basta pensar em palavras como 'grave', 'gravidade', 'gravitação', e

'leve', 'leveza', 'levitação'; cada uma dessas palavras tem um duplo signi-

ficado. 'Gravidade' indica também 'seriedade', além da conhecida força

da natureza. 'Leveza' pode indicar desvalorização e falta de seriedade,

além da ausência de peso físico. No brincar das crianças encontrei sempre

um aspecto de defesa maníaca em coisas, tais como balões, aeroplanos e ta-

petes voadores, algumas vezes de modo específico e outras de maneira in-

cidental. A assim chamada 'cuca fresca' é o sintoma comum de uma

depressão iminente, sendo uma defesa contra o sentir-se pesado, como se a

cabeca estivesse cheia de gás e fizesse o paciente subir acima de seus pro-

blemas. Nesse contexto é interessante notar que, ao rit, mostramos a nós

mesmos e a nossos companheiros que temos bastante ar, podendo até des-

perdiçá-lo, enquanto que quando suspiramos ou soluçamos demonstramos

uma relativa carência de ar pelo fato de, ao inspirarmos, o fazermos de um

modo racionalado.

O termo 'ascendente' traz à baila o significado da Ascensão na religião

cristã. Creio ter descrito certa vez a Crucificação e a Ressurreição como uma

castração simbólica com uma ereção subsequente, apesar da agressão física.

Se apresentasse essa explicação para um cristão, eu certamente me defronta-

ria com um protesto não apenas devido à recusa generalizada da simbologia

sexual inconsciente. Ao menos uma parte da indignação seria justificada pelo

fato de eu omitir o significado depressivo-ascendente do mito.² A cada ano o

1 Cf. Elação.

2 Esta idéia foi apresentada por Britley (1951, Cap. 6)

cristão sente o gosto da mais profunda tristeza, desespero, desesperança, na ex-
periência da Sexta-feira Santa. O cristão médio não pode sustentar a depres-
são por tanto tempo, e vai em busca da defesa maníaca no Domingo de Páscoa.
A Ascensão marca, assim, o fim da depressão.
Muita gente encontra a tristeza bem mais perto, sem precisar da ajuda da
religião, e pode suportar esse sentimento sem o apoio proporcionado pelas
experiências compartilhadas, mas já me ocorreu pensar que muitos dos que,
em análise, zombam da religião, na verdade estão utilizando a defesa maní-
ca na medida em que não conseguem assumir a tristeza, a culpa e o sentimen-
to de não serem merecedores, e o valor de alcançar esses sentimentos, que
pertencem à realidade interna ou psíquica.

Defesa maníaca e simbolismo

O tema que escolhi pode ser estudado de um modo muitíssimo amplo.
Um aspecto que me interessa muito é a relação teórica existente entre os fe-
nômenos da defesa maníaca e do simbolismo. Por exemplo, o levantar tem
uma significação fálica ligada à ereção, como é óbvio, mas isto não quer di-
zer a mesma coisa que seus significados ascendentes ou contradepressivos.
Os balões são utilizados em fantasias e jogos como símbolos do corpo e dos
seios da mãe, ou do arrendondamento da gravidez, da intumescência da ere-
ção e da flutuação. São empregados *também* como símbolos contradepres-
sivos. Com relação aos sentimentos, são contradepressivos independente do
objeto que estejam substituindo.

O cair tem um significado sexual, ou passivo-masquista. Tem *também*
um significado depressivo, e assim por diante.

Certa mulher pode invejar um homem, desejar ser um homem, odiar ser
mulher porque, sendo ela própria tendente à depressão, acabou por identi-
ficar o homem com a ereção e portanto com a defesa maníaca ascendente.
Estas e outras ligações entre a defesa maníaca e o simbolismo sexual de-
vem ser deixadas para um estudo posterior.

Exemplos clínicos

Seria fácil apresentar detalhes interessantes extrados do material desta
ou de outra semana de cada um dos dez pacientes que atualmente estão sob
meus cuidados.

Selecionei quatro fragmentos de casos. Os dois primeiros são do tipo associat, o terceiro é um obsessivo grave, e o quarto, um depressivo.

O primeiro, Billy, tem cinco anos e está comigo há quatro semestres. Quando me foi encaminhado, aos três anos e meio, ele era um menino irrequieto, interessado em dinheiro e sorvete, com uma certa compulsão aquisitiva, mas incapaz de usufruir do que adquiria. Começou a roubar dinheiro, e creio poder dizer que sem a análise ele teria se tornado delinquente, especialmente se levarmos em conta que vive numa casa onde é o único filho de pais que não se amam. Seu comportamento nos primeiros estágios da análise seria consistente com o diagnóstico de "associat, potencialmente delinquente". Gostaria de mencionar três jogos, escolhidos aleatoriamente mas ainda assim pertinentes, para ilustrar as transformações ocorridas durante a análise. Houve um intervalo de alguns meses entre o primeiro e o segundo estágios, e entre este e o terceiro.

No estágio inicial, antes do primeiro jogo, seria quase impossível descrever as suas atividades como "jogos" — na melhor das hipóteses havia ataquas selvagens aos piratas.

No primeiro jogo ele está junto à boca de um canhão que eu devo disparar. Ele é atirado para o alto e passa voando sobre os continentes, até a África. No caminho derruba várias pessoas com uma varinha — e na África entra em contato com nativos ocupados com seus afazeres, e ele os envia em várias direções, ao alto das árvores e ao fundo de certos poços, e também corta a cabeça do seu chefe.

Numa sessão em que este era o jogo predominante, ele estava tremendamente excitado, e eu não fiquei surpreso quando, ao final da hora, ao descer de elevador do meu consultório no segundo andar, ele errou o caminho e foi parar no portão — o poço do elevador — ficando aterrorizado. Naquele dia eu o havia seguido (em segredo) em razão de seu estado alterado, e assim pude ajudá-lo a sair daquela situação. Ele ficou enormemente aliviado ao descobrir que eu tinha percebido o seu estado anormal, e por isso estava por perto quando se viu em apuros.

Depois dessa sessão ocorreu um episódio em casa, com sua mãe, certamente provocado por sua ambivalência que agora se tornava manifesta. Foi o auge de seu comportamento "maníaco", e estava vinculado, no tempo, à análise da posição depressiva e ao surgimento de sentimentos de tristeza e desesperança. Com a chegada da tristeza, a substituição representada por jogos construtivos tornou-se possível pela primeira vez.

O jogo que me veio à memória por este que descrevi acima teve a ver com uma série de viagens de avião que ocorreram alguns meses depois. No-

variantemente voávamos para a África, e havia inimigos à nossa espera. Olhamos para o mundo lá embaixo e rimos de sua insignificância. Mas uma das características da viagem é uma inacreditável quantidade de equipamentos de segurança. Temos dois manuais de instruções sobre como pilotar um avião ou um hidroavião. Temos dois motores, e também um helicóptero para o caso de os motores falharem. E também um para-queda para cada um de nós. Temos um trem de aterrisagem com rodas, mas também duas bóias para o caso de irmos parar na água. Temos um bom estoque de comida e também um saquinho com ouro para o caso de precisarmos comprar comida ou peças de reposição. De muitas maneiras — estas e outras — nos asseguramos contra qualquer falha em nossa tentativa de passarmos por cima dos problemas.

Neste segundo jogo foi utilizado claramente um mecanismo obsessivo, e os inimigos tinham um *status* mais elevado, sendo agora aviões de um outro país com o qual era possível fazer uma aliança numa guerra contra um terceiro. (Isto ficou claro em jogos posteriores.) A desvalorização diminuiu, e a onipotência também. Mas o estar acima não podia ser explicado apenas pela ideia de que assim podíamos jogar vezes nos que estavam abaixo — era também um sentimento ascendente, ou contradepressivo.

Éis um terceiro jogo, que pode ser comparado aos dois primeiros. Construímos um navio e zarpamos em direção a uma terra de piratas. Nesse jogo (do qual apresentarei apenas os principais detalhes) nós nos esquecemos de nosso objetivo, pois fazia um dia muito bonito. Deitamo-nos no convés, aquecendo-nos ao sol e usufruindo a companhia um do outro, num estado de feliz despreocupação. De tempos em tempos mergulhamos no mar e nadamos preguiçosamente. Há alguns tubarões e crocodilos que de vez em quando fazem com que não nos esqueçamos de sua qualidade persecutória, mas o menino tem uma arma que atrai mesmo debaixo d'água, de modo que não nos preocupamos muito.

Levamos a bordo uma menininha que havíamos salvo de se afogar e fazemos uma montanha-russa para a sua boneca. O capitão dá algum trabalho. Volta e meia os motores param, e depois de uma investigação descobrimos que o capitão tinha posto sujeira, nas engrenagens. Que capitão! Ele tira a sujeira e lá vamos nós outra vez, desfrutando a benevolência do sol e da água.

Uma comparação entre este jogo e os anteriores mostra uma diminuição da ansiedade persecutória (antes os piratas criavam muitos e sérios problemas), a transformação de objetos maus em bons (antes o mar era cheio de crocodilos e quase inteiramente mau), uma crença na bondade e na generosidade (o sol e o clima de férias), a ligação entre fantasia e experiências objeti-

vas (a arma que podia atirar debaixo d'água), a possibilidade de lidar com a tração do capitiço, que ele mesmo corrige (a remoção da sujeira nas engrenagens), as novas relações de objeto (que aparecem especialmente na figura da garotinha salva do mar, a quem fazemos feliz graças a um bem controlado mecanismo de altos e baixos), e também uma diminuição das hipergarantias obsessivas contra o perigo. A desvalorização não é mais uma característica do jogo.

A defesa maníaca se torna aparente enquanto os perigos vão sendo esquecidos, mas o fato de que ocorre um aumento na qualidade positiva dos objetos internos diminui a intensidade dessa defesa e ao mesmo tempo promove outras mudanças. Há defesa maníaca no fato de ele lidar com os perigos de um modo maníaco, atirando nos perseguidores dentro do corpo (debaixo d'água), mas pode-se ver, por outro lado, uma vinculação mais forte com a realidade externa, por exemplo, na relação entre atirar debaixo d'água e urinar na hora do banho.

Meu papel tem sido o de um irmão imaginário, e também de mãe.

Clinicamente Billy tornou-se uma criança muito mais normal. Na escola ele vem se saindo bem, usufruindo os relacionamentos com outras crianças e com os professores. Em casa ele ainda não é inteiramente normal. Continua exigindo dinheiro e às vezes é muito barulhento, tendo momentos de mau comportamento justamente na hora do jantar. Mas possui uma personalidade fascinante e vem compreendendo cada vez mais as dificuldades de seus pais, que permanecem distantes um do outro. A mãe é, ela própria, uma mulher muito doente, depressiva e viciada em drogas.

* * *

David (de oito anos), outra criança associada, foi me encaminhado no início deste ano letivo como alternativa a ser expulso da escola em razão de comportamentos obsessivos relativos a 'sexo' e 'banheiro', e também de atitudes não muito bem definidas em relação a certos meninos e meninas. É o único filho de um pai talentoso mas depressivo, que por vezes passa dias na cama sem motivo aparente, e de uma mãe que — como ela mesma reconhece — é intensamente neurótica e preocupada com o verdadeiro estado de coisas em sua casa. A mãe me proporciona um excelente apoio.

Como tantas crianças delinquentes, David se faz gostar imediatamente por qualquer pessoa com quem não tenha um contato muito intenso. Na verdade, desde o momento em que o tratamento começou não ocorreram situações desagradáveis lá fora, mas sou informado de que ele cansa quem quer

que esteja com ele por muito tempo, precisando e pedindo que o mantenham ocupado. Seus conhecimentos sobre os fatos da realidade externa são notáveis, embora típicos de um delinquente.

Numa das primeiras sessões ele me disse: "Espere não estar cansando você". Isto, acrescentado ao fato de os pais terem me dito que ele sempre os deixa esgotados, e mais a minha experiência com um caso semelhante (tratado antes que eu compreendesse muita coisa sobre a realidade interna) fez com que eu me preparasse para um trabalho extenuante.

Certa vez em que eu descrevia o tratamento de uma criança delinquente num seminário, o Dr. Ernest Jones observou que o caso trazia à baila uma questão prática: Era de todo impossível evitar o esgotamento, quando lidamos com um paciente delinquente? Porque, se assim fosse, havia uma séria limitação para o tratamento de casos desse tipo. Naquela mesma época, porém, uma criança faliosa estava sendo tratada pela Dra. Schmindeberg sem muitos problemas no manejo da análise, ficando eu com a impressão de que o Dr. Jones estava sugerindo que era a minha técnica que apresentava problemas.

A intenção de me deixar esgotado logo entrou em ação, mas antes disso havia sido possível fazer uma boa quantidade de análise. Foram principalmente os brinquedos muito pequenos que proporcionaram ao menino e a mim uma abundância de fantasias, muitíssimo detalhadas.

Após alguns dias David fugiu das ansiedades relativas às fantasias profundas para um interesse no mundo externo — as ruas visíveis da minha janela — e no mundo fora do consultório — especialmente o elevador. O interior do consultório era agora o seu próprio interior, e se era preciso lidar comigo, e com os conteúdos do meu consultório (pai e mãe, bruxas, fantasmas, perseguidores etc.), ele teria que poder controlá-los. Em primeiro lugar precisava cansá-los, pois temia não conseguir controlá-los, e eu percebi que nisso ele revelava uma certa desconfiança em relação à onipotência. A essa altura eu tinha as provas da existência de um impulso suicida. Em paralelo à necessidade de me deixar esgotado, desenvolveu-se também o desejo de salvar-me da exaustão, de modo que na condição de feitor de escravos ele toma-

- 1 Atualmente tenho certeza de que realmente havia um sério problema implícito na observação do Dr. Jones, e desenvolvi a questão no Cap. XXII.
- 2 A introdução, pela Sra. Klein, de alguns brinquedos muito pequenos revelou-se uma idéia brilhante, porque esses brinquedos dão à criança um excelente apoio em termos da desvalorização insólita, e tornam a manipulação onipotente praticamente um fato. A criança pode expressar fantasias profundas por meio dos pequenos brinquedos logo no início do tratamento, começando, assim, com alguma crença na sua realidade interna.

va todo o cuidado possível para que o seu escravo não ficasse esgotado, e para tanto proporcionou-me períodos de descanso obrigatório. Logo ficou claro que *era ele que estava ficando esgotado*, e o problema do analista exausto foi sendo gradualmente resolvido pelas interpretações relativas à sua própria exaustão, provocada pelo gasto de energia ao controlar os seus pais internalizados, que exauriam um ao outro e também a ele.

Foi uma grande sorte para mim recebê-lo em meu consultório no Dia do Armistício, às 11:00. A comemoração desse dia tinha para ele um grande interesse. Não era apenas pelo fato de seu pai ter lutado na guerra, mas também porque ele tinha desenvolvido (antes da análise, e vinculada a ela) uma curiosidade intensa em relação às ruas e ao trânsito, que forneciam uma atmosfera não imediatamente incontrolável da realidade interna. Ele chegou muito contente por ter comprado uma papoula de uma senhora, e às 11 horas estava todo interessado em cada detalhe do que se passava nas ruas. Então chegou o momento dos tão esperados dois minutos de silêncio. Na minha vizinhança o silêncio era realmente total, e ele ficou completamente encantado. 'Não é maravilhoso?', perguntava. Por dois minutos em sua vida ele não se sentiu cansado, pois não precisava cansar os pais, já que havia surgido um controle onipotente imposto de fora e aceito por todos como real.

Pareceu-me muito interessante a sua fantasia de que durante os minutos de silêncio as senhoras prosseguiam vendendo flores — a única atividade permitida. Uma onipotência interna mais maníaca teria paralisado tudo — inclusive as coisas boas.

As interpretações relativas à posição depressiva e à defesa maníaca diminuíram o seu prazer febril na análise. Ocorreram momentos de intenso cansaço, tristeza e desesperança, e ele passou a demonstrar indícios indiretos de sentimentos de culpa. Durante algumas semanas tivemos várias brincadeiras em que eu tinha que ficar muito assustado, ou então culpado, e nas quais eu tinha os mais terríveis pesadelos. Esta semana ele brincou de ficar assustado ele próprio, e hoje estava realmente com medo de algo. Ele demonstrou para mim o seu folgo pedindo-me que o ensinasse a mergulhar, coisa que ele na verdade recusa-se a aprender, e eu tinha que dizer: 'Olha você aí desperdiçando o meu tempo! Como é que posso te ensinar o mergulho se você não aguenta? Estou muito zangado com você' — e assim por diante. Tudo isso se transforma numa imensa piada e ele me faz rir às gargalhadas, e fica extremamente contente. Mas nos últimos tempos ele vem per-

1 Trata-se de uma idéia sua, não de um fato real.

cebendo que todo esse riso é uma defesa contra a posição depressiva, e no momento atual especialmente contra os sentimentos de culpa. Ao mesmo tempo a defesa vem sendo gradualmente analisada. Como pode ele mergulhar no interior do corpo, da realidade interna, se não consegue ficar em pé, ou seja, se não pode ter certeza de estar vivo, de poder compreender o que ele encontrará lá dentro?

O caso de David ilustra os perigos que os objetos internos maus representam para o ego, levando o menino a ter medo de ser esvaziado e exaurido por seus pais internos, que sistematicamente esvaziavam um ao outro. David mostra como ele foge da realidade interna e se interessa pela superfície de seu corpo e por seus sentimentos superficiais, e a partir destes interessa-se pelos corpos e pelos sentimentos de outras crianças.

O progresso da sua análise ilustra também a importância de compreendermos o mecanismo de controle onipotente dos objetos internos e da relação entre a negação do cansaço, da ansiedade e dos sentimentos de culpa e a negação da realidade interna.

* * *

Charlotte (trinta anos) está em análise comigo há dois meses. Ela é clinicamente uma paciente depressiva, com medo ao suicídio, mas também capaz de obter satisfação tanto em seu trabalho quanto em atividades ao ar livre. Logo no início da análise contou um sonho recorrente: Ela chega a uma estação ferroviária onde há um trem, mas o trem nunca parte. Na semana passada ela teve o mesmo sonho duas vezes numa mesma noite. Deixo de lado muitos detalhes, mas o importante é que ela andava para cima e para baixo no corredor de um trem, procurando uma cabine em que um dos lados estivesse desocupado para poder deitar e dormir durante a viagem. Uma certa senhora Fulana de Tal, de quem ela gosta muito (e que se compara comigo por preocupar-se demais com a paciente, mas que vive re-cejando para ela pilulas contra hemorróidas enquanto eu nada faço para tratá-las), estava lhe dizendo para procurar um lugar para se lavar.

No primeiro sonho ela encontrou um compartimento com um dos lados desocupado, e no segundo ela achou o lavatório. *Em cada um dos sonhos o trem partiu*. Foi essa última observação, feita de modo casual, que

1 E agora eu acrescentaria a idéia de encontrar a depressão da mãe ao mergulhar dentro do mundo interno dela (1957).

me fez lembrar o sonho recorrente. As hemorróidas, que a essa altura se tornaram um problema clínico, chamavam a atenção, obviamente, para a excitação e fantasia de natureza anal, e não surpreende que no sonho aconteçam viagens. Nessa sessão a paciente descrever uma caminhada pelo parque com sapatos pesados, o que a ajudou a descarregar certos sentimentos, e como brincou com seu sobrinho, que a fez praticar exercícios de ginástica no chão.

Eu poderia falar de meu papel de mãe na transferência, com o anseio da

paciente, expressado de modo indireto, de sujar, chutar e pisotear o meu corpo, e assim por diante, mas a meu ver algo muito importante teria sido omitido se eu não tivesse apontado o enfraquecimento da defesa maníaca e os novos perigos decorrentes dessa mudança. O tem que nunca partia um retrato dos pais onipotentemente controlados, pais mantidos em animação suspensa. A expressão de Joan Riviere, 'o abraço mortal da defesa maníaca', descreve a condição clínica temida pela paciente nessa época. A partida do trem indicava a diminuição desse controle sobre os pais internalizados, e vas defesas no caso de o avanço nessa direção vir a atropelar o desenvolvimento do ego possibilitado pela análise. Recentemente surgiu um material

(e suas interpretações) indicando que eu e meu consultório etc. havíamos passado a fazer parte de seu mundo interno.

Em poucas palavras, tens em movimento estão sujeitos a acidentes.

A busca por um lugar para se lavar, nesse contexto, estava ligada provavelmente ao desenvolvimento da técnica obsessiva e a tudo aquilo que esta significava em relação à capacidade de tolerar a posição depressiva e a admitir o amor pelo objeto e a dependência.

Na sessão seguinte a paciente sentiu-se responsável pelas marcas de pés na minha porta e por marcas de poeira nos meus móveis, e teve vontade de limpá-las.

* * *

Mathilda (39 anos) está em análise há quatro anos. Clinicamente era uma obsessiva grave. Durante a análise mostrou-se depressiva, com intensos medos ao suicídio. Era doente desde a mais tenra infância, não tendo memórias de nenhum período mais feliz. Aos quatro anos não conseguiu ficar na escola, e dali em diante viveu dominada pelo medo de adoecer.

A palavra 'fim' não poderia ser mencionada em nenhum contexto da análise, e a análise como um todo poderia ser descrita como uma análise do fim da análise.¹

Neste momento os primeiros contatos reais estão se fazendo, e os interesses e desejos acabam de aparecer, tendo estado profundamente reprimidos.

No início da sessão que me proponho a descrever, ocorreu esta semana, ela tentou fazer-me rir e riu ela mesma ao pensar que pela posição de minhas mãos eu estava tentando reter as minhas águas... Com esta paciente, bem como com outros, descobri que esse esforço por rir e por fazer-me rir era um sinal de ansiedade depressiva, e que um paciente pode sentir um grande alívio se reconhecermos rapidamente essa interpretação, até mesmo prontamente em lágrimas em vez de continuar rindo ou bancando o engraçado. A paciente mostrou, então, aquilo que chamamos de 'portfólio' de si mesma. Sua mãe queria uma foto da filha, e achou que se fossem tiradas 48 pequenas fotografias uma ou duas poderiam sair boas. Esse método corresponde, também, à esperança de reunir os pedaços do seio, dos pais e de si mesma.² Ela me pediu para escolher qual a foto que eu achava melhor e para dar uma olhada em todas elas. Pretendia dar-me uma. A idéia era de que eu deveria fazer algo *fora da análise* e quando, em vez de cair na armadilha (alguns dias antes ela me havia avisado sobre tais armadilhas), comeci a analisar a situação, ela sentiu-se desesperançada, disse que não daria mais fotografias para ninguém e que ia se suicidar. Tínhamos tido algumas conversas sobre o olhar como um modo de dar vida, e portanto eu deveria deixar que ela me fizesse negar o seu sentimento de morte olhando-a e vendo-a.

Se eu não aceitasse ela se sentia magoada, o que se relacionava à extrema ansiedade provocada pela sua fantasia de haver recusado o seio da mãe (fazendo a mãe sentir-se mal, e portanto magoada), e isto era o contrário de ela sentir raiva por ver-se frustrada pela mãe. O final de cada sessão podia ser sentido por ela como uma recusa zangada de análise, e disso ela se defendia enfatizando os poderes frustrantes do analista.

As interpretações trouxeram à luz o fato de que ela sentia a análise como uma arma em minhas mãos, e também de que ela sentia que *era mais real para mim ver a sua foto* (uma 48ª parte de si mesma) do que ver a ela em si mesma. A situação analítica (que ela passou quatro anos proclamando ser a única coisa real para ela) agora lhe parecia pela primeira vez irreal, ou ao me-

1 forma.

2 Atualmente eu venho muitos outros aspectos desse incidente, mas creio que agrita da mesma forma.

nos uma relação narcísica, um relacionamento com o analista que tinha valor para ela principalmente para o seu próprio alívio, um receber sem dar, um relacionamento com seus próprios objetos internos. Ela se lembrou de ter pensado, um dia ou dois antes, 'como é horrível ser si mesmo, como é solitário'. Ser si mesma implicava em conter um relacionamento entre o pai e a mãe. Se eles se amam e são felizes um com o outro, provocam a voracidade e o ódio de quem está só. E se eles estão mal, são cruéis, sentem-se roubados ou estão brigando, isto assim é em razão da raiva de quem está só, uma raiva cuja origem encontra-se no passado.

Esta análise foi longa em parte porque durante os dois primeiros anos eu não compreendia a posição depressiva. De fato, somente no ano passado passei a ter a impressão de que essa análise estava indo bem.

Mencionei Maltilda principalmente para ilustrar o sentimento de irrealidade que acompanha a negação da realidade interna na defesa maníaca. O incidente com as fotos era um convite para que eu me deixasse enredar em sua defesa maníaca, em vez de compreender o seu sentimento de morte, de não existir e de não ser real.

Resumo

Tomiei a decisão de apresentar certos aspectos da defesa maníaca e de sua ligação com a posição depressiva. Assim sendo, propus um debate sobre a expressão 'realidade interna' e sobre o seu significado em comparação com os termos fantasia e realidade externa.

O meu próprio entendimento cada vez maior da defesa maníaca e o crescente reconhecimento da realidade interna fizeram uma grande diferença em minha prática psicanalítica.

Espero que meus casos ora apresentados tenham fornecido indicações sobre o modo como a defesa maníaca constitui um mecanismo empregado com bastante frequência, devendo o analista, por este motivo, trazê-lo sempre em mente, como a qualquer outro mecanismo de defesa.

Não basta dizer que em certos casos a defesa maníaca está presente, pois em cada caso a posição depressiva será alcançada cedo ou tarde, fazendo com que tenhamos sempre que esperar pelo surgimento de algum tipo de defesa. Em qualquer caso, a análise do término da análise (que pode começar já no seu início) inclui a análise da posição depressiva.

É possível que uma boa análise fique incompleta pelo fato de o seu fim ocorrer antes de ser inteiramente analisado. É possível também que uma

análise se prolongue, em parte porque o seu fim, e o fato de ter sido bem-sucedida, tornem-se toleráveis para o paciente somente depois de serem analisados, isto é, depois de completada a análise da posição depressiva e das defesas que podem ser empregadas contra esta, incluindo a defesa maníaca. O termo 'defesa maníaca' pretende indicar a capacidade de alguém de negar a ansiedade depressiva inerente ao desenvolvimento emocional, ansiedade que pertence à capacidade pessoal de sentir culpa, e também de assumir a responsabilidade pelas experiências instintivas, inclusive pela agressividade que acompanha tais experiências.

Desenvolvimento Emocional Primitivo (1945)¹

DESDE O PRÓPRIO TÍTULO fica bem claro que escolhi um tema muito amplo. O que posso tentar fazer é escrever uma declaração inicial de caráter pessoal, como se este fosse o capítulo introdutório de um livro.

Não pretendo apresentar em primeiro lugar uma resenha histórica, mostrando o desenvolvimento de minhas idéias a partir das teorias de outras pessoas, porque minha mente não funciona dessa maneira. O que ocorre é que eu junto isto e aquilo, aqui e ali, volto-me para a experiência clínica, formo minhas próprias teorias e então, em último lugar, passo a ter interesse em descobrir de onde roubei o quê. Talvez este seja um método tão bom quanto qualquer outro.

A respeito do desenvolvimento emocional primitivo, há muita coisa desconhecida ou insuficientemente compreendida, ao menos por mim, e não seria impróprio dizer que esta discussão deveria ser adiada por uns cinco ou dez anos. Contra essa idéia, porém, há o fato de que os mal-entendidos ocorrem com frequência nas reuniões científicas da Sociedade, e talvez cheguemos à conclusão de que já sabemos o suficiente para evitar alguns desses mal-entendidos através de uma discussão desses estados emocionais primitivos.

Interessado primariamente pelos problemas emocionais da criança e do bebê, decidi estudar a questão da psicose na análise. Tive cerca de doze pacientes adultos psicóticos, e metade deles foi analisada de modo bastante extenso. Isto ocorreu durante a guerra, e devo dizer que eu mal percebia os bombardeios, ocupado que estava com a análise de pacientes psicóticos, notória e enlouquecedoramente desatentos a bombas, terremotos e inundações.

¹ Apresentado à British Psycho-Analytical Society em 28 de novembro de 1945. Publicado no *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXVI, 1945.

O resultado desse trabalho é que tenho muitas coisas para comunicar e tentar correlacionar às teorias atuais, e pode ser que o presente texto venha a ser um ponto de partida.

Ouvindo o que tenho a dizer, e criticando, vocês me ajudarão a dar o passo seguinte, que consiste em estudar a origem das minhas idéias, tanto no trabalho clínico quanto nos textos publicados por outros psicanalistas. De fato, foi extremamente difícil manter o material clínico fora deste trabalho, que eu pretendia curto a fim de dedicar o máximo de tempo possível à discussão.

Em primeiro lugar devo preparar o caminho. Permitam que eu descreva alguns tipos de tratamento psicanalítico. É possível fazer a análise de um paciente adequado levando-se em consideração quase que exclusivamente os seus relacionamentos com outras pessoas, junto com as fantasias conscientes e inconscientes que enriquecem e complicam esses relacionamentos entre pessoas inteiras. Este é o tipo original de tratamento psicanalítico. Nas duas últimas décadas fomos levados a desenvolver nosso interesse pelas fantasias, e pelo modo como as fantasias do paciente sobre sua organização interna e a origem desta nas experiências instintivas são importantes em si mesmas. Foi nos mostrado, também, que em certos casos é justamente essa fantasia do paciente sobre sua organização interna que constitui o aspecto mais vitalmente importante, fazendo com que a análise da depressão e das defesas contra a depressão não possa ser realizada com base apenas nos relacionamentos do paciente com pessoas reais e nas suas fantasias sobre esses relacionamentos. Essa nova ênfase nas fantasias do paciente sobre si mesmo inaugurou o vasto campo da análise da hipocôndria, no qual as fantasias do paciente sobre seu mundo interno incluem a fantasia de que este se localiza no interior de seu corpo. Tomou-se possível relacionar, na análise, a mudança qualitativa no mundo interno do indivíduo às suas experiências instintivas. A qualidade dessas experiências instintivas dá conta da natureza boa ou má do que se encontra lá dentro, bem como de sua existência.

Esse trabalho representou um progresso natural da psicanálise, envolvendo uma nova compreensão mas não uma nova técnica. Tal progresso conduziu rapidamente ao estudo e à análise de relacionamentos ainda mais primitivos, e são estes que eu gostaria de discutir neste momento. A existência desses tipos mais primitivos de relacionamentos objetual jamais foi posta em dúvida.

Eu havia dito que não foi necessário modificar a técnica freudiana para permitir que a análise abarcasse a depressão e a hipocôndria. É verdade tam-

¹ Principalmente graças ao trabalho de Melanie Klein.

bem, de acordo com a minha experiência, que a mesma técnica pode nos conduzir até elementos ainda mais primitivos, desde que levemos em conta, obviamente, as mudanças na situação transferencial inerentes a um trabalho deste tipo.

Com isto quero dizer que o paciente que necessita de análise da ambivalência de seus relacionamentos externos tem uma fantasia sobre o seu analis-ta e sobre o trabalho deste que difere da fantasia de um paciente deprimido. Neste último caso, o trabalho do analista é percebido como sendo realizado a partir do amor pelo paciente, sendo o ódio desviado para coisas que merecem ser odiadas. O paciente deprimido exige do seu analista a compreensão de que o seu trabalho implica, no esforço de dar conta de sua própria depressão (do analista), ou melhor, da culpa e da dor resultantes dos elementos destrutivos de seu amor (do analista). Avançando ao longo desta linha, o paciente que pede uma ajuda referente ao seu relacionamento objetual primitivo, pré-depressivo, precisa que o analista seja capaz de perceber os seus (do analista) sentimentos de amor e ódio não deslocados e co-in-cidentes pelo paciente. Nestes casos o final da sessão, o final da análise, as regras e os regulamentos, todas estas coisas representam importantes expressões de ódio, assim como as boas interpretações são a expressão do amor e o símbolo do bom alimento e do bom cuidado dispensados ao paciente. Esta temática poderia ser levada adiante, com grande extensão e grande proveito.

Antes de dar início à descrição do desenvolvimento emocional primitivo, gostaria também de deixar claro que a análise desses relacionamentos primitivos só pode ser realizada enquanto uma extensão da análise da depressão. Esses relacionamentos primitivos, quando aparecem em adultos e crianças, podem representar uma fuga às dificuldades trazidas pelos estágios seguintes, de acordo com o conceito clássico de regressão. É bom que o analista em formação tenha aprendido a lidar com a ambivalência em relacionamentos externos e com a regressão simples, para então prosseguir em direção à análise das fantasias do paciente a respeito das vertentes interna e externa de sua personalidade, e de toda a gama de defesas contra a depressão, incluindo as origens dos elementos persecutórios. Estes últimos aspectos podem ser encontrados em qualquer análise, mas seria inútil ou perigoso para ele lidar com relacionamentos majoritariamente depressivos a não ser que ele esteja inteiramente preparado para analisar a ambivalência franca e direta. Da mesma forma, é igualmente inútil e mesmo perigoso analisar os primitivos relacionamentos pré-depressivos e interpretá-los à medida que aparecem na transferência, a não ser que o analista esteja inteiramente preparado para lidar com a posição

depressiva, as defesas contra a depressão e as idéias persecutórias que deverão ser interpretadas à medida que o paciente progride.

Tenho que mencionar ainda alguns outros pontos introdutórios. Já foi observado com alguma frequência que entre os cinco e os seis meses ocorre uma mudança nos bebês que nos permite, com mais facilidade do que antes, falarmos de seu desenvolvimento emocional em termos que podem ser aplicados aos seres humanos em geral. Anna Freud enfatiza particularmente ressaltado no modo como esta sendo cuidado do que em determinadas pessoas. Bowlby declarou recentemente que na sua opinião as crianças de menos de seis meses não são ainda seres individualizados, de modo que o fato de serem separadas de suas mães as afeta menos do que se tivessem mais de seis meses. Eu, por minha vez, já havia percebido que alguma coisa acontece às crianças aos seis meses, pois enquanto muitos bebês de cinco meses são capazes de agarrar um objeto e levá-lo à boca, é somente depois dos seis meses que o bebê dará sequência a esse gesto, deixando o objeto cair deliberadamente como parte do seu jogo com ele.

Ao especificarmos 'entre cinco e seis meses', não é necessário que sejamos muito precisos. Se um bebê de três ou dois meses, ou mesmo menos, alcança o estágio que numa descrição adequada localizamos por volta dos cinco meses, nenhum mal advirá daí.

A meu ver, o estágio que estamos descrevendo, e creio que se trata de uma descrição aceitável, é de grande importância. Até certo ponto trata-se de uma questão de desenvolvimento físico, pois uma criança torna-se, aos cinco meses, capaz de agarrar o objeto que vê, e pouco depois poderá levá-lo à boca. Ela não o poderia fazer antes dessa época. (Obviamente, o bebê poderia desejar fazê-lo. Não há um paralelo exato entre a habilidade e o desejo, e sabemos que muitos progressos físicos — tal como a capacidade de andar — podem ser muitas vezes tolhidos até que o desenvolvimento emocional libere a conquista física. Seja qual for o aspecto físico da questão, há sempre o lado emocional.) Pode-se dizer que nesse estágio o bebê já é capaz de mostrar, através de seu brincar, que ele compreende que tem um interior, e que as coisas vêm do exterior. Ele mostra que sabe que está entruquecendo com as coisas por ele incorporadas (física e psiquicamente). Mais ainda, ele mostra que sabe que é possível livrar-se das coisas uma vez obtido delas o que desejava. Tudo isto representa um enorme progresso. No início isto só é alcançado de tempos em tempos, e cada detalhe desse progresso pode ser perdido — como se houvesse uma regressão causada pela ansiedade.

O corolário disto é que agora o bebê assume que sua mãe também tem um interior, que pode ser rico ou pobre, bom ou mau, organizado ou caótico. Portanto, ele está começando a dar importância à mãe, à sua sanidade e aos seus estados de espírito. Em muitas crianças ocorre o relacionamento entre pessoas totais aos seis meses de idade. Portanto, quando um ser humano se percebe uma pessoa relacionada a outras pessoas, um longo caminho já foi percorrido em termos de desenvolvimento primitivo.

Nossa tarefa é a de examinar o que ocorre com os sentimentos e a personalidade do bebê antes desse estágio que reconhecemos como atingido entre os cinco e os seis meses, mas que pode ser alcançado antes ou depois.

Há também a seguinte questão: Quando começam a ocorrer coisas importantes? Por exemplo, teríamos que considerar aqui também a criança ainda não nascida? E assim sendo, em que momento após a concepção a psicologia entra em cena? Eu diria que se existe um estágio importante aos cinco ou seis meses, há um outro que ocorre por volta do nascimento. Minha opinião baseia-se na grande diferença que pode ser observada entre os nascidos de parto prematuro ou pós-maturo. Sugiro que ao final dos nove meses de gravidez o bebê torna-se maduro para o desenvolvimento emocional, e que se o bebê é pós-maturo ele atinge esse estágio ainda no útero, forçando-nos a considerar seus sentimentos antes e durante o nascimento. Por outro lado, um bebê prematuro não vivencia muitas coisas importantíssimas até alcançar a época em que deveria nascer, isto é, algumas semanas após o parto. Seja como for, há aqui algo que merece ser discutido.

Outro ponto importante: Falando em termos psicológicos, alguma coisa *importa* antes dos cinco ou seis meses? Sei muito bem que em diversos grupos a resposta muito sincera a esta pergunta é: 'Não', e creio que devemos respeitar tal opinião, mas a minha resposta é diferente.

O objetivo central deste trabalho é o de apresentar a tese de que o desenvolvimento emocional primitivo do bebê — antes que ele reconheça a si mesmo (e portanto aos outros) como a pessoa inteira que ele é (e que os outros são) — é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose.

Desenvolvimento Emocional Inicial

Do meu ponto de vista existem três processos cujo início ocorre muito cedo: 1 — integração; 2 — personalização; 3 — em seguida a estes, a apre-

ciação do tempo e do espaço e de outros aspectos da realidade? — numa palavra, a realização?

Uma grande parte do que tendemos a considerar óbvio teve um começo e uma condição a partir dos quais iniciou-se o seu desenvolvimento. Por exemplo, muitas análises singram céleres em direção ao término sem que o tempo jamais seja posto em questão. No entanto, um menino de nove anos que gostava de brincar com Ann, de dois, estava muitíssimo interessado no novo bebê esperado pela mãe. Ele perguntou: 'Quando o bebê nascer, ele vai nascer antes de Ann?' Para ele a percepção do tempo é muito instável. E mais um exemplo: Uma das minhas pacientes, psicótica, não conseguia adaptar-se a nenhuma rotina, porque se ela o fizesse jamais saberia, numa terça-feira, se estávamos na semana passada, nesta semana ou na semana que vem.

A localização do eu no próprio corpo é muitas vezes tida como óbvia, mas uma paciente psicótica em análise deu-se conta de que, na infância, ela achava que sua irmã gêmea no assento ao lado do carrinho era ela mesma. E até se surpreendia quando alguém pegava a sua irmã no colo e ela ficava parada onde estava. Sua percepção do eu e do outro-que-não-o-eu não tinha se desenvolvido.

Uma outra paciente psicótica descobriu na análise que durante a maior parte do tempo ela vivia em sua cabeça, atrás de seus olhos. Enxergava através dos olhos como se fosse através de janelas, e portanto não podia saber o que seus pés estavam fazendo. Em consequência vivia caindo em buracos e tropeçando nas coisas. Ela não tinha 'olhos nos pés'. Sua personalidade não era sentida como localizada no corpo, que por sua vez parecia uma máquina complexa que ela tinha de operar com habilidade e cuidado conscientes. Outra paciente vivia, às vezes, numa caixa uns dez metros acima, conectada ao seu corpo unicamente por um frágil fio. Em nossos consultórios vemos toda dia inúmeros exemplos dessas falhas do desenvolvimento primitivo, e através deles somos lembrados da importância de processos, tais como integração, personalização e realização.

É possível assumir que num início teórico a personalidade não está integrada, e que na desintegração regressiva há um estado primário ao qual a regressão conduz. Postulamos, pois, uma não-integração primária.

1 Cf. Kant... N.T.

2 O termo 'realização' indica, aqui, a tomada de consciência-de que a coisa ou fenômeno em questão não é produzida pela imaginação do sujeito. O Aurélio classifica essa acepção do termo como um anglicismo. Ao leitor cabe precaver-se contra a aparente ingenuidade com que Winnicott trata a questão da "realidade". N.T.

A desintegração da personalidade é um fenómeno psiquiátrico bem conhecido, e sua psicopatologia é muitíssimo complexa. O exame desses fenómenos na análise, todavia, mostra que o estado não-integrado primário fornece a base da desintegração, e que o atraso ou a falha na integração primária predispõe à desintegração quando a regressão se dá, ou quando fracassa algum outro tipo de defesa.

A integração começa imediatamente após o início da vida, mas em nosso campo de trabalho nunca a poderemos considerar algo óbvio. Devemos estar conscientes de seu funcionamento e observar suas flutuações.

Como exemplo do fenómeno de não-integração iminente, temos o paciente que, na primeira sessão da semana, relata todos os detalhes de seu fim de semana e fica muito contente se ao final tudo foi dito, ainda que o analista sinta que nenhum trabalho analítico foi realizado. Às vezes é preciso interpretar isto como a necessidade do paciente de tornar-se conhecido em todos os seus mínimos detalhes por uma pessoa, o analista. Ser conhecido significa sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista. É disto que é feita a vida do bebê, e o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedacos começa com desvantagem a sua tarefa de auto-integrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira constante.

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balanço-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências intuitivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. Muitas crianças encontram-se bem longe no caminho da integração em certos períodos já durante as primeiras 24 horas de vida. Em outras o processo é adiado, ou ocorrem recuos devidos à imitação precoce do ataque voraz. Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo nos quais o bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se ele vive no torso da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa. Mais tarde tentarei explicar por que a desintegração é assustadora enquanto a não-integração não o é.

Quanto ao ambiente, pedacos da técnica do cuidar, de rostos vistos e sons ouvidos e cheiros cheirados são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser, que será chamado mãe. Na situação transferencial durante a análise de um paciente psicótico temos a mais clara prova de que o estado psicótico de não-integração tinha o seu lugar natural num estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo.

É frequente presumir-se que, na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregado dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de estar não-integrado, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real. A falta de sono em quantidade suficiente produz tais efeitos em qualquer pessoa.

Igualmente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo. Novamente, é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória. Assim como a desintegração, o fenómeno psicótico da despersonalização também esta relacionado ao retardamento da personalização no início da vida.

A despersonalização é um fenómeno comum em crianças e adultos, escondendo-se muitas vezes no que chamamos de sono profundo e nos ataques de prostração com palidez cadavérica. Ela está a quilômetros de distância, dizem as pessoas, e têm razão.

Um problema ligado à despersonalização é o dos companheiros imaginários na infância. Não se trata de simples construções da fantasia. O estudo do futuro desses companheiros imaginários (na análise) mostra que por vezes eles são constituídos por um outro eu, muitíssimo primitivo. Não tenho como, neste momento, formular com precisão o que estou tentando dizer, nem seria este o momento para uma explicação detalhada. Proponho, no entanto, que essa criação mágica e muito primitiva do companheiro imaginário é facilmente usada como defesa, na medida em que ela conforna magica-mente todas as ansiedades associadas à incorporação, digestão, retenção e expulsão.

Dissociação

O problema da não-integração acarreta outro, o da dissociação. A dissociação pode ser estudada com muito proveito em suas formas iniciais ou naturais. Proponho que a partir da não-integração surja uma série de disso-

1 Através da expressão artística esperamos manter-nos em contato com nossos *selves primitivos*, de onde provêm os mais intensos sentimentos e as sensações mais intensamente assustadoras, e de onde apenas são, somos decididamente pobres. (Cabe mencionar aqui, *en passant*, o uso que os torturadores fazem desse fenómeno, N.T.)

ciações, devidas ao fato de a integração não se dar completamente, permanecendo parcial. Por exemplo, existem os estados de quietude e de excitação. Acredito que não se pode dizer que o bebê esteja consciente desde o início de que, enquanto sente isto e aquilo, detido no berço ou apreciando a estimulação de sua pele no banho, ele é o mesmo que ainda há pouco berrava por satisfação imediata, possuído pela urgência de agarrar e destruir algo a não ser que seja satisfeito pelo leite. Isto implica em que ele não sabe, a princípio, que a mãe por ele construída durante os seus momentos de quietude é ao mesmo tempo a força por trás do seio que ele está decidido a destruir.

Creio, também, que não há necessariamente uma integração entre a criança que dorme e a criança acordada. Essa integração acontecerá no decorrer do tempo. Quando os sonhos são recordados e mesmo revelados a outra pessoa, a dissociação é em certa medida destruída. Mas há pessoas que jamais se lembram claramente de seus sonhos, e as crianças dependem muito dos adultos para tomarem conhecimento de seus sonhos. É normal que as crianças pequenas tenham sonhos angustiantes e aterrorizantes. Nesses momentos elas precisam que alguém as ajude a lembrar o que sonharam. Quando um sonho é não apenas sonhado mas *também* lembrado, ocorre uma experiência de grande valor exatamente pelo fato de que assim a dissociação perde mais um pedaço. Por mais complexa que seja a dissociação numa criança ou num adulto, permanece o fato de que ela pode originar-se na alternância natural entre os estados de sono e vigília, iniciados no nascimento.

Na verdade, a vigília do bebê talvez possa ser descrita como uma gradual dissociação em relação ao sono. A criação artística aos poucos vai tomando o lugar do sonho, ou suplementando-o, sendo de importância vital para o bem-estar do indivíduo e portanto da humanidade.

A dissociação é um mecanismo de defesa extremamente freqüente, e leva a consequências surpreendentes. A vida urbana, por exemplo, é uma dissociação, de grande importância para a civilização. Assim também a guerra e a paz. Conhecemos também os extremos da doença mental. Na infância a dissociação surge, por exemplo, em condições comuns tais como o sonambulismo, a incontinência fecal, em algumas formas de estrabismo etc. É muito fácil que o fenômeno passe despercebido quando se avalia uma personalidade.

Adaptação à realidade

Vejamos agora o fenômeno da integração. Quando o fazemos alcançar os imediatamente uma outra questão de dimensões colossais, que é o relacionamento primário com a realidade externa. Numa análise normal podemos aceitar como óbvio, e de fato o fazemos, esse patamar altamente complexo no desenvolvimento emocional que, quando alcançado, representa um enorme avanço no desenvolvimento por mais que nunca se possa dizer que se chegou ao seu ponto final. Muitos casos considerados inadequados para a análise são realmente inadequados, se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa. Quando aceitamos analisar psicóticos, descobrimos que em alguns casos essa falta essencial de uma verdadeira relação com o mundo externo é quase a história toda.

Tentarei descrever nos termos mais simples de que modo vejo esse fenômeno. No contexto do relacionamento do bebê com o seio materno (e não estou declarando que o seio é essencial como veículo do amor da mãe), o bebê tem impulsos instintivos e idéias predatórias. A mãe tem o seio e o poder de produzir leite, e a idéia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Esses dois fenômenos não estabelecem uma relação entre si até que a mãe e o bebê *vivam juntos uma experiência*. A mãe, sendo madura e fisicamente capaz, deve ser a parte que tolera e compreende, sendo ela, portanto, quem produz uma situação que, com sorte, pode resultar no primeiro vínculo estabelecido pelo bebê com um objeto externo, um objeto que é externo ao eu do ponto de vista do bebê.

Imagino esse processo como se duas linhas viessem de direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão* — uma partícula de experiência que o bebê pode considerar ou como uma alucinação sua, ou como um objeto pertencente à realidade externa.

Em outras palavras, o bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando. Assim, suas idéias são enriquecidas por detalhes reais de visão, sensação, cheiro, e na próxima vez esses materiais serão usados na alucinação. Deste modo ele começa a construir a capacidade de conjurar aquilo que de fato está ao alcance. A mãe deve prosseguir fornecendo ao bebê esse tipo de experiência. O processo é enormemente simplificado, se o bebê é cuidado por uma única pessoa e uma única técnica. Poder-se-ia dizer que os bebês

são construídos de modo a serem cuidados desde o nascimento por sua própria mãe ou, na falta desta, por uma mãe adotiva, e não por uma série de enfermeiras.

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes, e de fato é tarefa da mãe proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer. Somente com base numa fundação desse tipo pode desenvolver-se a percepção objetiva ou a atitude científica. Toda falha na relação a objetividade, em qualquer época, refere-se à falha nesse estágio do desenvolvimento emocional primitivo. Somente com base na monotonia pode a mãe adicionar riqueza de modo produtivo.

Segue-se a essa aceitação da realidade externa a vantagem que daí deriva. Frequentemente ouvimos falar das frustrações muitíssimo reais impostas pela realidade externa, mas com muito menos frequência ouvimos algo sobre o alívio e a satisfação que ela proporciona. O leite real é mais satisfatório que o leite imaginário, mas este não é o problema. O problema é que na fantasia as coisas funcionam de um modo mágico: não há freios na fantasia, e o amor e o ódio têm consequências alarmantes. A realidade externa tem freios, e pode ser estudada e conhecida, e a verdade é que o impacto total da fantasia pode ser tolerado somente quando a realidade externa é suficientemente levada em conta.

O subjetivo é tremendamente valioso, mas é tão alarmante e mágico que não pode ser usufruído, exceto enquanto um paralelo ao objetivo. Devemos considerar, portanto, que a fantasia não é algo criado pelo indivíduo a fim de lidar com as frustrações da realidade externa. Isto só é verdade em relação ao devaneio. A fantasia é mais primária que a realidade, e o enriquecimento da fantasia com as riquezas do mundo depende da experiência da ilusão.

É interessante examinar a relação do indivíduo com os objetos existentes no mundo de fantasia por ele criado. De fato, há toda uma gama de desenvolvimento e sofisticação nesse mundo assim criado, de acordo com a quantidade de ilusão experimentada, e portanto de acordo com o quanto esse mundo criado do pelo próprio indivíduo foi ou não capaz de usar objetos percebidos no mundo externo como matéria-prima. Esta idéia requer, obviamente, um estudo bem mais detalhado em outro contexto.

No estado mais primitivo, que pode existir numa situação de doença, e ao qual a regressão pode voltar, o objeto comporta-se de acordo com leis mágicas, ou seja, existe quando desejado, aproxima-se quando nos aproximamos e fere quando o ferimos. Por fim, desaparece quando não mais o desejamos.

Esta última possibilidade é profundamente aterradorizante e é a única aniquiladora verdadeira. Não querer, em consequência da satisfação, é aniquilar o objeto. Esta é uma das razões pelas quais os bebês nem sempre ficam contentes depois de uma boa refeição. Um dos meus pacientes levou esse medo até a vida adulta, e amadureceu para além dele somente através da análise, um homem que tinha tido uma experiência inicial extremamente boa com a sua mãe e com sua família. Seu medo maior era da satisfação.

Tenho consciência de que o que aqui está não é mais que um toco esboço desse vasto problema constituído pelos primeiros passos no desenvolvimento da relação com a realidade externa, e da relação entre a fantasia e a realidade. Logo teremos que acrescentar a idéia da incorporação. Mas no início, um simples *contato* com a realidade externa ou compartilhada precisa ser feito, em que o bebê alucina e o mundo apresenta, com momentos de ilusão do bebê em que as duas coisas são vistas como idênticas, o que de fato já-mais são.

Para que essa ilusão se dê na mente do bebê, um ser humano precisa dar-se ao trabalho permanente de trazer o mundo para ele num formato compreensível e de um modo limitado, adequado às suas necessidades. Por esta razão não é possível a um bebê existir sozinho, física ou psicologicamente, e de fato é preciso que uma pessoa específica cuide dele no início.

O tema da ilusão é vasto a ponto de exigir um estudo próprio. Descobriu-se-a que ele fornece a chave para a compreensão da curiosidade do bebê por bolhas e nuvens e arco-íris e tudo o que é misterioso, e também por coisas tortas, felpidas, curiosidade muito difícil de explicar em termos de interesse pela respiração, que nunca decide se vem primariamente de dentro ou de fora, e que fornece a base para a concepção do que chamamos espírito, alma, *anima*.

Ausência primitiva de compaixão ou Estágio anterior ao concernimento?

Podemos agora passar a falar dos tipos mais primitivos de relacionamento entre o bebê e sua mãe.

1 Posso mencionar uma outra razão pela qual o bebê não fica satisfeito com a satisfação: ele se sente enganado. O que ele queria, se assim podemos dizer, era realizar um ataque canibalístico, e foi posto fora de combate por um narcótico — a comida. Na melhor das hipóteses ele adiará o ataque.

2 Ver nota 2 da página 359.

Quando assumimos que o indivíduo está se integrando e se pessoalizando, tendo tido um bom começo na tarefa da realização, ainda lhe resta uma longa caminhada antes de passar a relacionar-se como pessoa total com uma mãe total, e passar a importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela.

É preciso postular a existência de um relacionamento objeto inicial impiedoso (*ruthless*).¹ Novamente, talvez esta seja apenas uma fase teórica, e ninguém consegue ser impiedoso (*ruthless*) depois da fase do *concern*, a não ser em estados dissociados. Mas os estados de ausência de compaixão (*ruthlessness*) dissociada são comuns no início da infância, e emergem em certos tipos de delinquência e de loucura, e precisam estar disponíveis na saúde. A criança normal tem prazer na relação impiedosa (*ruthless*) com a mãe, geralmente em meio a brincadeiras, e ela precisa da mãe porque esta é a única de quem se pode esperar que tolere a sua ausência de compaixão (*ruthlessness*) mesmo por brincadeira, pois isto na verdade a fere e a cansa. Sem a possibilidade de brincar sem compaixão, a criança terá que esconder o seu eu impiedoso e dar-lhe vida apenas em estados dissociados.²

Neste ponto eu poderia mencionar o terror da desintegração como oposto à simples aceitação da não-integração primária. Quando o indivíduo

- 1 *Ruthless* (adj.): Sem compaixão ou piedade ('impiedoso'). *Ruthlessness* (subst.): Presença (ou qualidade) da ausência de piedade ou compaixão. O dicionário Macmillan (1973) dá estas accepções ao verbo *ruth*: *n. archaic*, 1. *Pity*; *compassion*, 2. *Sorrow*; *remorse*. (*Old Norse hrygri*, *affliction*, *sorrow*). Portanto, temos as idéias de: 1. Piedade, compaixão; 2. Tristeza, aflição, pesar (*sorrow*); 3. Remorso, arrependimento. Considerando o sentido do termo conforme Winnicott o usa em vários contextos, é possível concluir que se trata muito mais de 'piedade' e 'compaixão' que de 'tristeza' ou 'remorso'. Numa 'Nota introdutória à Tradução' para o livro *Natureza Humana* (ver Imago, 1991), eu havia explicado que por não conseguir um correspondente unívoco em língua portuguesa ocorria-me como solução empregar o termo no original. Atualmente creio que, como exercício de tradução, e considerando que nem a tradução nem a psicanálise são ciências exatas (embora não necessariamente 'inexatas'...), os termos 'piedade' (com o adjetivo muito adequado 'impiedoso') ou 'compaixão' (segundo o Aurélio, 'pesar que em nós desperta a infelicidade, a dor, o mal de outrem') parecem-me muito próximos da intenção de Winnicott, principalmente se não nos fixarmos numa única palavra julgada 'a melhor'. Utilizar *ruthless* quem não percebe ou não dá importância à dor que provoca. Por exemplo, os carnívoros são inteiramente *ruthless* em relação ao sofrimento de suas presas, e é precisamente esta a idéia fácil de deduzir o sentido exato da idéia de *concern* conforme Winnicott a utiliza. O *concern* (que Zelko Lopatic e Elisa Oliveira Dias traduzem como 'concernimento') implica inevitavelmente no oposto exato da *ruthlessness*, ou seja, na presença da capacidade de importar-se ativamente com o bem-estar do outro. N.T.
- 2 Na mitologia existe uma personagem *ruthless* — Lilith — cuja origem seria muito interessante estudar.

alcança o estágio do concernimento, ele não pode mais esquecer as consequências de seus impulsos ou das partes de seu eu, tais como a boca que morde, os olhos que apunhalam, os gritos que perturbam, a garganta que suga etc. A desintegração implica numa rendição aos impulsos, que passam a agir sem controle. Posteriormente isto provoca a idéia de impulsos igualmente descontrolados (pois estão dissociados) dirigidos contra o eu.¹

A retaliação primitiva

Voltemos rapidamente meio estágio atrás: é comum, creio eu, dizer-se que existe um estágio ainda mais primitivo de relação objetiva, em que o objeto age de modo retaliatório. Isto aconteceria antes de uma verdadeira relação com a realidade externa. Neste caso o objeto, ou o ambiente, é tão parte do eu quanto o são os instintos que os conjuram.² Na introdução precoce, e portanto de natureza primitiva, o indivíduo vive num ambiente que é ele mesmo, e certamente se trata de uma vida muitíssimo pobre. Não há crescimento, pois não há enriquecimento a partir da realidade externa.

Para ilustrar a aplicação destas idéias, acrescento uma nota sobre o ato de chupar o dedo (ou o polegar, ou o punho). É possível observar esse comportamento desde o nascimento, e portanto pode-se presumir que ele tenha um sentido que vai do primitivo ao sofisticado, e é importante tanto como uma atividade normal quanto como um sintoma de distúrbio emocional.

Conhecemos o aspecto chamado auto-erótico do ato de chupar o dedo. A boca é uma zona erógena especialmente organizada na infância, e a criança que chupa o dedo tem prazer com isso, e também idéias prazerosas. O ódio também pode ser expresso desta forma, quando a criança causa dano ao dedo por chupá-lo com demasiado vigor ou frequência. É possível que ela cause dano também à boca. No entanto, não há certeza de que todo o dano que pode ser causado deste modo ao dedo ou à boca resulte do ódio. Aparentemente há nisso um elemento que consiste em que algo deve sofrer

- 1 Os crocodilos não apenas derramam lágrimas sem estarem tristes — lágrimas pré-concernimento. Eles também funcionam muito bem como exemplos do eu primitivo cruel.
- 2 Trata-se de um ponto importante, tendo em vista o nosso relacionamento com a psicologia analítica de Jung. Nós tentamos reduzir tudo ao instinto, e a psicologia analítica reduz tudo a essa parte do eu primitivo, que se parece com um ambiente, mas que surge a partir do instinto (arquetípos). Devíamos modificar as nossas idéias a fim de abarcarmos os dois pontos de vista, para assim podermos ver que (se isto for verdade) no estágio teoricamente mais primitivo o eu possui o seu próprio ambiente, criado por ele mesmo, que é tanto o eu quanto os instintos que lhe dão origem. É preciso estudar mais profundamente esta questão.

se a criança tem prazer: o objeto do amor primitivo sofre por ser amado, não apenas quando é odiado.

Podemos ver no ato de chupar o dedo, e principalmente no de roer as unhas, um voltar-se para dentro tanto do amor quanto do ódio, por motivos tais como a necessidade de preservar o objeto externo. Alí venios também um voltar-se para o eu como resultado da frustração no amor por um objeto externo.

A questão não fica resolvida por estas formulações, e merece um estudo adicional.

Suponho que todos concordarão com a ideia de que chupar o dedo signi-

fica consolo, e não apenas prazer. O punho ou o dedo estão ali, em vez do seio ou da mãe, ou de alguém. Por exemplo, um bebê de uns quatro meses reagiu à perda da mãe com a tendência a enfiar o punho garganta abaixo e teria morrido caso não fosse fisicamente impedido de fazê-lo.

Enquanto o hábito de chupar o dedo é normal e universal, estendendo-se ao uso da chupeta e também a diversas atividades de adultos normais, é igualmente verdadeira que o hábito persiste em personalidades esquizóides, e nesses casos ele se revela extremamente compulsivo. Numa das minhas pacientes,

ele se transformou aos dez anos na compulsão de estar sempre lendo.

Tais fenômenos não podem ser explicados sem que consideremos a ideia de que eles consistem na tentativa de localizar o objeto (seio etc.), mantendo-o a meio caminho entre o dentro e o fora. Esta é uma defesa contra a perda do objeto ou no mundo externo ou no interior do corpo, ou seja, contra a perda do controle sobre o objeto.

Não tenho dúvidas de que o ato normal de chupar o dedo também tem esta mesma função.

O elemento auto-erótico nem sempre tem a suprema importância, e com certeza o uso da chupeta ou do dedo rapidamente se transforma numa clara defesa contra sentimentos de insegurança ou contra outras ansiedades primitivas.

Concluindo: todo chupar de dedo fornece uma útil dramatização do relacionamento objeto primitivo, onde o objeto é tanto o indivíduo quanto o desejo pelo objeto, pois este é criado pelo desejo, ou é alucinado, e no início não depende da cooperação da realidade externa.

Alguns bebês põem um dedo na boca enquanto sugam o seio, conseguindo assim (de certo modo) preservar a realidade criada por eles ao mesmo tempo que usam a realidade externa.

Sumário

Foi feita uma tentativa de formular os processos emocionais primitivos normais à primeira infância, e que aparecem regressivamente nas psicoses.

Capítulo XIII

Pediatria e Psiquiatria (1948)¹

ESCOLHI "PEDIATRIA E PSIQUIATRIA" para tema da minha palestra dada a natureza do meu trabalho. Sou um pediatra que migrou para a psiquiatria, e um psiquiatra que não se desvinculou da pediatria. Num discurso do Presidente é permitido, e até mesmo costumeiro, que o orador busque o seu tema numa experiência peculiar a ele mesmo. Minha posição, visto que trabalho nos dois campos, deveria qualificar-me a dizer algo que tenha interesse tanto para o médico de crianças quanto para o médico que trabalha com os mentalmente doentes. Obviamente, aquele que trabalha em mais de um campo profissional inevitavelmente sacrifica um certo grau de competência em cada um dos campos.

As pesquisas iniciadas mais ou menos em conjunto com o trabalho pioneiro de Freud estabeleceram o fato de que, na análise das psicose neuroses, a infância do paciente revela-se abrigando conflitos intoleráveis, que por sua vez levam à repressão e à instauração de defesas, e assim à interrupção do desenvolvimento emocional do indivíduo com a consequente formação de sintomas. Naturalmente, portanto, a pesquisa passou a interessar-se pela vida emocional das crianças. Não demorou muito para perceber-se que a reconstrução feita pelos adultos de seus conflitos infantis — conflitos associados às suas ideias e experiências instintivas — podia ser observada em crianças, e observada com toda a clareza no tratamento psicanalítico de crianças. Demorou igualmente pouco para que se começasse a pensar em até que ponto as doenças psicóticas do adulto poderiam talvez referir-se às experiências do bebê. Gradualmente foi sendo construída uma teoria extremamente complexa do desenvolvimento emocional do ser humano, de modo

¹ Discurso do Presidente da Seção Médica da British Psychological Society em 28 de janeiro de 1948. Publicado no *Brit. J. Med. Psychol.*, vol. XXI, 1948.

que apesar de toda a nossa terrível e ao mesmo tempo fascinante ignorância, atualmente contamos com hipóteses de trabalho muito úteis, hipóteses, é bom que se diga, que realmente funcionam. Existe atualmente uma quantidade de material suficiente para que seja possível tentar formular idéias sobre os bebês, idéias que sejam importantes tanto para o psiquiatra quanto para o médico de crianças, e eu gostaria de ser uma das pessoas a tentar fazê-lo.

Minha tese, então, é a de que o pesquisador em qualquer uma das duas especialidades teria muito a ganhar num encontro com o pesquisador da outra. Gostaria de fazer uma declaração, e talvez ela não seja bem aceita. Parto do princípio de que o distúrbio mental tem uma base psicológica. Acredito que a psiquiatria pode ser estudada nos casos em que o tecido cerebral goza de boa saúde. Naturalmente, se o tecido cerebral está doente ou fisicamente danificado, ou cortado, devemos esperar que ocorram distúrbios mentais. No que me diz respeito, não creio ter muito a aprender sobre a personalidade de um indivíduo cujo cérebro foi danificado, mas sei que posso aprender muitíssimo sobre o indivíduo cujo cérebro encontra-se intacto — e há tanto ainda a aprender sobre o desenvolvimento emocional normal e suas errâncias.

Espero não ser visto como alguém que ignora fatores como hereditariedade ou G.P.I., demência senil, dano físico, encefalite, delírio tóxico ou tumor cerebral, ou mesmo a melhora dos sintomas após a indução de convulsões.

Permitam-me recolocar a idéia: É possível estabelecer uma vinculação clínica entre o desenvolvimento da criança e os fenômenos psiquiátricos, assim como entre os cuidados ministrados na infância e o cuidado adequado aos doentes mentais.

Para fazer pesquisa é preciso ter idéias: há um ponto de partida subjetivo em todo processo de pesquisa. A objetividade surge mais tarde, através do trabalho planejado e da comparação entre as observações realizadas a partir de vários ângulos. Fazendo justiça aos que se dedicam à pesquisa sobre essa questão do desenvolvimento emocional infantil, gostaria de apresentar um catálogo dos vários métodos de abordagem de cada um dos pontos estudados. Os seguintes tipos de abordagem fornecem observações que podem ser comparadas e correlacionadas:

I. Observação direta da relação mãe-bebê.

Um exemplo deste tipo de pesquisa nos é fornecido pelo trabalho da Dra. Middlemore (infelizmente interrompido prematuramente por sua morte), que ela descreve em seu livro *The Nursing Couple*.

2. Observação periódica direta de bebês, começando logo após o nascimento e estendendo-se por um período de alguns anos.

Na clínica geral e no ambulatório do departamento de pediatria de um hospital, os pais sempre vêm para tratar de algum problema ou quando precisam de algum conselho.

3. Anamnese pediátrica.

Na minha própria experiência profissional, dei a cerca de 20.000 mães a oportunidade de contar o que sabiam sobre o desenvolvimento de seus bebês. Há sempre muito mais a aprender sobre a técnica da anamnese, mas o fato é que com este tipo de experiência nos tornamos, creio eu, mais e mais capazes de avaliar corretamente a descrição dada pela mãe.

4. A prática pediátrica, tipicamente o manejo da alimentação e da excreção do bebê.

No decorrer deste trabalho, darei um exemplo do aspecto psicológico de uma dificuldade na alimentação. Seria possível dizer que, nos casos mais comuns, onde não há um processo de doença, o trabalho sobre a vertente física já foi realizado pelos fisiologistas e pelos bioquímicos, e os problemas práticos são predominantemente psicológicos.

5. Entrevista de diagnóstico com a criança.

Na primeira entrevista é muitas vezes possível, e nada perigoso, fazer uma espécie de tratamento psicanalítico em miniatura. Se a análise é iniciada posteriormente, em geral descobre-se que foram necessários vários meses para cobrir novamente o mesmo território. Nessas entrevistas o médico não está tão seguro quanto numa análise longa, mas por outro lado ele alcança profundos insights num grande número de casos e isto, de algum modo, equilibra a exiguidade numérica de sua experiência analítica. Aliás, em psiquiatria uma entrevista de diagnóstico só é frutífera se for também terapêutica.

6. Experiência psicanalítica real.

Esta fornece uma perspectiva diferente da primeira infância do paciente, dependendo de a criança ter entre 2 e 4 anos de idade, ou ser mais velha, ou estar próxima à puberdade ou na adolescência. Para o analista empenhado em pesquisar os processos de desenvolvimento emocional mais precoces, a análise de adultos razoavelmente normais pode ser ainda mais produtiva que a análise de crianças.

7. Observação, na prática pediátrica, de processos de regressão psicológica conforme aparecem geralmente em crianças e mesmo em bebês.

8. Observação de crianças em instituições adaptadas para lidar com problemas, sejam estes um comportamento anti-social, estados confusional, episódios maníacos, relacionamentos distorcidos pela suspeita ou sentimentos de perseguição, deficiências mentais, convulsões etc.

9. Análise de esquizofrênicos.

Coloco esta última em separado, pois creio que este é um trabalho a ser realizado apenas por analistas experientes. Na minha opinião, a análise de doenças asso-

ciadas à depressão e das defesas contra a depressão atualmente integram a classe dos tratamentos de rotina e não são mais 'casos de pesquisa'. Isto se refere também aos casos maníaco-depressivos e mesmo aos casos de paranoia. Os esquizofrênicos, no entanto, constituem uma classe especial, e seu tratamento deve ser visto como uma aventura em território desconhecido.

Neste ponto, conforme aprendi, é preciso esperar por um mal-entendido, que ocorrerá a não ser que façamos um esforço deliberado para evitá-lo. Com frequência dizem-me que a idéia de que os loucos são como bebês ou como crianças pequenas simplesmente não é verdade. Gostaria de deixar claro que não estou sugerindo que os insanos estariam agindo como bebês, nem os neuróticos como crianças mais velhas. Crianças comuns e saudáveis não são neuróticas (embora possam ser), e bebês normais não estão loucos. O relacionamento entre a pediatria e a psiquiatria é mais sutil do que isto.

A teoria que estou formulando é a de que no desenvolvimento emocional de cada criança ocorrem processos de veras complexos, e a falta de progresso, ou o fato de o processo não ter chegado a completar-se, predispõe o indivíduo ao distúrbio mental ou ao colapso. A solução desses processos cria a base para a saúde mental.

A saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que fornece um meio ambiente onde os processos complexos mas essenciais no eu do bebê conseguem completar-se. Um bom estudo inicial seria talvez a descrição da tarefa da boa mãe comum, na medida em que podemos conhecer o que ocorre nessa parceria. Vou tentar fazê-lo, mas antes há algo que deve ser dito sobre o *significado* da mãe real para o bebê.

Todos concordam que em certo momento o bebê passa a sentir-se como uma pessoa total e a considerar a sua mãe como uma pessoa total. Pouco tempo depois que isto acontece, outras pessoas entram em sua vida enquanto pessoas, mas as complicações relativas a esse estado de coisas não precisam ser mencionadas aqui. Não existe um acordo generalizado quanto à idade em que o bebê começa a sentir a sua mãe como uma pessoa, passando assim a preocupar-se com as consequências de seus ataques reais e imaginários a ela sob o impulso das tensões instintivas. Esse enigma, felizmente, não precisa ser resolvido agora, pois no momento estamos considerando o cuidado materno na fase anterior àquela em que o bebê alcança o discernimento.

Creio entender o que a Sra. Anna Freud quer dizer quando escreve (1947, p. 200):
"Este primeiro 'amor' do bebê é egoísta e material. Sua vida é governada pelas sensações de necessidade e satisfação, prazer e desconforto. A mãe,

enquanto objeto, desempenha um papel nessa vida na medida em que proporciona satisfação e remove o desconforto. Quando as necessidades do bebê são preenchidas, ou seja, quando ele se sente aquecido, confortável, com sensações gástricas agradáveis, ele retira o seu interesse do mundo objetivo e adormece. No momento em que ele está faminto, molhado e com frio, ou perturbado por sensações intestinais, ele pede socorro ao mundo exterior. Nesse período a necessidade de um objeto é inseparável das grandes necessidades corporais.

"Do quinto ou sexto mês em diante, o bebê começa a prestar atenção à

gências corporais."

O Dr. Friedlander escreveu (1947, p. 23):

"...durante as primeiras semanas ou mesmo meses de vida, o relacionamento entre a criança e a mãe é de fato um tanto simples. A mãe é o instrumento que satisfaz as necessidades corporais da criança. Qualquer pessoa que preencha essa função suscitará na criança a mesma resposta..."

No entanto, eu por meu lado creio que por volta da sétima semana de vida uma grande parte dos bebês mostra claramente entrar volta e meia em contato com a mulher que é sua mãe.

Examinemos então a tarefa da mãe. Para que o bebê seja capaz de começar a desenvolver-se, a tornar-se um ser, a encontrar o mundo que conhece-mos, a tornar-se consistente e a encontrar a si mesmo, os seguintes aspectos da mãe surgem como vitalmente importantes:

Ela existe e prossegue existindo, ela vive, cheira, respira, seu coração bate. Ela está *ali* para ser sentida de todos os modos possíveis.

Ela ama de um modo físico, proporciona contato, calor corporal, movimento e quietude de acordo com as necessidades do bebê.

Ela fornece a possibilidade de o bebê fazer a transição entre o estado tranquilo e o estado de excitação, evitando surgir de repente com o alimento a exigir a resposta do bebê.

Ela providencia alimento aceitável nos momentos adequados. No início ela permite que o bebê domine, estando disposta (visto que o bebê está tão perto de ser uma parte de si mesma) a manter-se de prontidão para responder-lhe.

Aos poucos ela vai introduzindo o mundo externo, compartilhado, gradualmente essa introdução de acordo com as necessidades do bebê, que variam dia a dia e de hora em hora.

Ela protege o bebê de sustos e coincidências (por exemplo, uma porta que bate no momento em que o bebê pega o seio), tentando manter a situação

física e emocional suficientemente simples para que o bebê consiga entender, e ainda assim rica o bastante para atender às suas crescentes capacidades.

Ela fornece continuidade.

Por acreditar que o bebê é um ser humano por direito próprio, ela não apressa o seu desenvolvimento, e assim capacita o bebê a apropriar-se do tempo, a ter o sentimento de um existir interno e pessoal.

Para a mãe a criança é um ser humano total desde o início, e isto a torna capaz de tolerar a sua falta de integração e o seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo.

Se eu acrescentar que a mãe continua a existir a despeito dos repetidos

ataques contra ela (realizados pelo bebê tanto por amor quanto por fome), estarei indo muito à frente, alcançando as funções da mãe relativas ao bebê que já tem instintos e também a capacidade de sentir concernimento.

Se examinarmos essa descrição assumidamente incompleta, poderemos ver que, enquanto certas funções (como o fornecimento de alimento

adequado) poderiam ser preenchidas por qualquer pessoa, muita coisa só pode ser feita por alguém que tenha as motivações de uma mãe. Mais ain-

da: a comunidade não poderá ser proporcionada por uma multiplicidade de interessados. E sempre há a real continuidade dos detalhes conforme observados pelo bebê, começando, talvez, pela imagem em *close* dos bicos dos seios ou pela imagem do rosto, e incluindo o cheiro, os detalhes da textura e assim por diante. E mais: como poderia alguém que não esteja na posição da mãe, e que não tenha o amor da mãe, conhecer o bebê suficiente-mente a ponto de proporcionar um enriquecimento gradual na quantidade adequada para estimular a capacidade crescente, mas não em demasia a ponto de causar confusão?

Aqui, a meu ver, chego à minha primeira declaração sobre o que poderia o pediatra ganhar clinicamente em seu contato com o psiquiatra. Se é verdade ou se é ao menos possível que a saúde mental de cada indivíduo é fundada pela mãe, em sua experiência viva com o seu bebê, os médicos e enfermeiras poderiam adotar a não interferência como sendo a sua primeira tarefa. Em vez de tentarem ensinar à mãe como fazer o que na verdade não pode ser ensinado, os pediatras deveriam reconhecer em algum momento que estão diante de uma boa mãe, e garantir que ela terá total possibilidade de crescer na realização de sua tarefa. É possível e talvez inevitável que venha a cometer erros, mas se através deles ela vier a fazer melhor nas tentativas seguintes, ao final haverá um saldo positivo.

As mães não podem crescer se alguém as leva a fazer algo por medo. É preciso que elas primeiro encontrem o seu próprio sentimento, e enquanto o

fazem necessitam de apoio — apoio contra os seus medos, suas superstições, suas vizinhas e, obviamente, contra os acidentes físicos e doenças que atualmente podem ser tão facilmente evitados ou curados. Mais tarde direi algo sobre esse apoio-sem-interferência, mas se eu estivesse falando a um público de pediatras, não conseguiria jamais exagerar no alerta sobre o grande perigo que ameaça a saúde mental, quando um bebê é insultado por um rompimento grosseiro dos processos naturais e delicados que ocorrem na relação mãe-bebê.

O ambiente é tão vitalmente essencial nessa tenra idade, que nos sentimos conduzidos à inesperada conclusão de que a esquizofrenia é uma espécie de doença provocada por uma deficiência ambiental, visto que um ambiente perfeito no início pode, ao menos teoricamente, ser percebido como capaz de permitir que o bebê realize o desenvolvimento emocional ou mental primário, o qual o predispõe a um desenvolvimento subsequente e assim à saúde mental pela vida afora. Um ambiente desfavorável posterior constitui algo de natureza diversa, sendo um mero fator aditivo na etiologia geral da doença mental.

Infância precoce

Permitam-me agora indicar rapidamente a tarefa do bebê que está, felizmente, colocado aos cuidados de uma mãe boa e comum. É preciso entender que a tarefa que pode ser vista como sendo a ocupação do bebê (ao menos a partir do nascimento) não é jamais completada, e que as conquistas das primeiras semanas e meses devem ser perdidas e readquiridas muitas vezes de acordo com as reviravoltas da sorte.

Não é difícil perceber que no caso de qualquer bebê ao menos estas três coisas devem acontecer:

1. O bebê deve fazer contato com a realidade.
2. A personalidade do bebê deve tornar-se integrada, e a integração deve tornar-se estável.
3. O bebê deve passar a sentir-se vivendo dentro do que chamamos tão facilmente de o seu corpo, e que no início não é sentido por ele como algo tão significativo quanto é para nós.

Três coisas: contato com a realidade, integração, percepção do corpo. Os psiquiatras verão na natureza dessas três tarefas o reflexo dos sintomas que constituem a sua permanente preocupação: perda de contato com a realidade e do senso de realidade, desintegração e despersonalização.

Para poder discutir um desses temas de modo suficientemente detalhadamente, sou obrigado a deixar de lado os outros dois.

O relacionamento com a realidade externa

Optei por examinar a questão do estabelecimento do contato com a realidade, e mesmo assim devo confinar a minha atenção a um único aspecto, o do contato que surge a partir dessa tão primitiva forma de amor, a voracidade, a qual persiste na forma disso que chamamos 'amor interessado'. Igualmente, o contato com a realidade que se estabelece a partir dos momentos de tranquilidade entre as excitações, mas não devo afastar-me em demasia do meu tema.

Assim que a relação de objeto torna-se possível, passa a ser imediatamente significativa se o objeto situa-se dentro ou fora da criança. Estou partindo do ponto de vista, porém, de que há um estágio anterior a este, no qual existe qualquer tipo de relacionamento. Eu diria que no início existe uma condição que poderia ser descrita a um só tempo como de *independência absoluta* e de *dependência absoluta*. Digamos então que a partir dessa condição a criança é perturbada por uma tensão instintiva chamada fome. Eu diria que o bebê está disposto a acreditar em algo que poderia existir, isto é, desenvolve-se nele a capacidade de alucinar um objeto. Trata-se, no entanto, mais de um direcionamento da expectativa do que de um objeto próprio mente dito. Nesse momento a mãe aparece com o seu seio (digo 'seio' para simplificar a descrição) e o coloca de tal modo que o bebê pode encontrá-lo. Aqui temos um outro movimento, desta vez em direção à criança em vez de para fora dela. É difícil predizer se a mãe e o bebê irão ou não 'sintonizar'. No início a mãe permite que o bebê domine, e se ela falhar nesse ponto o objeto subjetivo do bebê não receberá a superposição do seio objetivamente percebido. Certamente deveríamos dizer então que, ao adaptar-se ao impulso do bebê, a mãe permite que este tenha a *ilusão* de que aquilo que ali está foi criado por ele. Como resultado teremos não apenas a experiência física da satisfação instintiva como também a ligação emocional, e o início de uma crença na realidade como algo sobre o qual é possível ter ilusões. Gradualmente, através da experiência viva de um relacionamento entre a mãe e o bebê, este passa a usar detalhes por ele percebidos na criação do objeto esperimentado. No decorrer da amamentação ao seio, a mãe poderá repetir essa performance mil e uma vezes. Ela poderá, então, proporcionar ao seu bebê a ca-

pacidade para a ilusão de um modo tão bem-sucedido que não lhe será difícil a tarefa seguinte, a gradual desilusão, sendo esta a palavra adequada para o desmane nesse contexto primitivo que constitui o meu interesse no presente trabalho.

A algumas pessoas preocupa o fato de que não exista em psicologia a assim chamada unidade direta, apenas a ilusão de um relacionamento. Creio, porém, que os psiquiatras estão tão acostumados com as descrições feitas pelos pacientes da perda do contato com a realidade que não irão colocar objeções a essa idéia. A maioria de nós usa tão bem o que observa e espera objetiva mente, que não precisamos lançar mão da alucinação a não ser que estejamos muito cansados ou fragilizados pela exaustão física. Para o bebê esse uso inteligente da realidade compartilhada, um outro aspecto da objetividade, não está estabelecido de modo algum, e assim, no início, tudo depende da mãe.

A mãe faz seu trabalho a esse respeito sendo simplesmente devotada, isto é, quando os médicos e enfermeiras e pessoas prestativas em geral a deixam agir como ela gosta de agir.

É neste ponto que o pediatra entra em cena: Aplaudindo o terreno para os sentimentos originais da mãe em relação a seu bebê. Aceitando a ajuda do psicanalista, o pediatra, aliás, expande a utilidade da psicanálise para um círculo maior que o do consultório particular. Os médicos tornaram muito difícil para as mães começarem bem essa função, uma das mais importantes por elas desempenhadas. Na maioria das vezes é muito difícil para uma mulher, ao preparar-se para dar à luz, ter certeza de que ela terá a liberdade de entender-se com o bebê à sua própria maneira, que é também a maneira do bebê. Permitam-me rapidamente mencionar uma exceção: o Professor Spence¹, de Newcastle, insiste em que cada bebê saudável nas maternidades por ele supervisionadas seja colocado num berço ao lado da cama da mãe. A mãe recebe a atenção especializada de que ela tanto necessita, e aprecia muito a confiança inspirada pelos cuidados médicos de primeira categoria ali fornecidos. Ao mesmo tempo, espera-se que ela seja o melhor árbitro quanto à técnica de amamentação adequada ao seu bebê. Não há regras sobre os horários da amamentação, e as 'dúplas de amamentação', para usar a expressão criada pela Dra. Middelmore, geralmente encontram um ritmo de amamentação conveniente cedo ou tarde. Tudo isto pode ser contrastado com o que seria à prior hipótese, não muito difícil de ser encontrada, em que na maternidade os bebês são mantidos em berços numa outra ala, mesmo quando sa-

dáveis. No momento da amamentação são levados em carinhos, envolvidos numa apertada manta, e na hora marcada a enfermeira dá o sinal e empurra a boca do bebê, que está aos bettos, contra o seio de uma mãe confusa, frustrada e muitas vezes assustada.

Tudo isto refere-se apenas aos estágios iniciais da experiência de amamentação, e logo veremos que tais idéias podem ser aplicadas a todos os demais estágios posteriores. No entanto, se o início é ruim, a continuação será necessariamente mais difícil. Além do mais, do ponto de vista clínico distúrbios graves da alimentação podem começar nesse primeiro estágio.

O pediatra, ao registrar cuidadosamente o histórico de crianças pequenas, espanta-se com a frequência das inibições ligeiras ou severas da alimentação. Ele descobre que existem certos momentos críticos que podem ser numerados. (Tive em análise um caso grave de uma criança de três anos cuja inibição na alimentação teve início aos doze meses, num certo dia em que ela foi colocada na mesa para comer junto com o pai e a mãe, isto é, os três ao mesmo tempo.) Um momento muito comum para a perda do apetite seria perto da chegada de um novo irmão. Em muitos casos a perda do apetite começa ainda na primeira infância. Existe a inibição quanto a comer sozinho, e também a mudança da avidez para a recusa do alimento na época do desmame, da passagem do seio para a mamadeira ou do término da mamada ao seio de uma determinada pessoa, ou então por ocasião da introdução de alimentos sólidos, ou mesmo quando é introduzido um alimento menos líquido. O nascimento dos dentes pode ser acompanhado por uma perda de apetite. Mesmo em bebês muito jovens podemos encontrar uma recusa em aceitar tudo o que for novo, e por vezes encontramos, ao contrário, um interesse apenas pelo que é novo.

Algumas das inibições, no entanto, surgem logo no início. O bebê e a mãe nunca 'sintonizam'. Neste ponto, a mãe pode ser vista como sendo teoricamente responsável, ainda que, certamente, não se trate de uma acusação. De um modo geral, quando a mamada ao seio é difícil, o bebê é alimentado com mamadeira, e há muitas maneiras de resolver o problema se o leite materno não sai ou não é adequado. Ao surgir uma dificuldade, é um erro insistir na amamentação ao seio, pois a mãe poderia facilmente alimentar o bebê por meio da mamadeira.

Em relação a questões deste tipo, o pediatra vê-se perdido se não lhe for possível compreender o que se passa nos bastidores do desenvolvimento

emocional do bebê. É preciso, além disso, que ele entenda algo sobre a psicologia da mãe que amamenta.

É relevante descrever aqui um problema comum da amamentação da forma como eu o vejo. Na verdade, da forma como eu o vejo *hoje*, porque percorri todas as fases que os médicos atravessam no excruciante esforço de lidar com as dificuldades da amamentação enquanto problema físico, modificando quantidades, intervalos, propósitos de gordura, proteínas e carboidratos, e mudando de um tipo de leite para outro. Lembro-me muito bem do dia em que adotei a regra de conseguir que a amamentação funcionasse bem antes de modificar o tipo do leite. Levei anos para perceber que a dificuldade na amamentação podia ser muitas vezes resolvida aconselhando a mãe a ajustar-se ao seu bebê de modo absoluto por alguns dias. Descobri também que esse ajustamento às necessidades do bebê era tão agradável à mãe, que esta não poderia fazê-lo sem um apoio moral. Quando dou esse conselho, peço à minha assistente social para fazer visitas diárias, caso contrário a mãe não suportará as críticas e se sentirá responsável por coisas demais. Ao obedecer a uma regra, ela pode culpar outras pessoas se as coisas não funcionam bem, mas assusta-a a idéia de fazer do modo como no fundo ela mais gostaria. Por outro lado, se tudo vai bem, ela nunca se esquece do fato de ter sido capaz de fazer a coisa certa para o seu bebê sem precisar de ajuda.

Não há nada aqui que exija muita esperteza. Trata-se simplesmente de avaliar o que é que a mãe e o bebê estão fazendo juntos. Com relação ao bebê humano, nunca é adequado pensar em termos de reflexos condicionados. Gostaria de deixar claro que estou descrevendo as tarefas do pediatra na administração do processo de amamentação, sugerindo que ele estará trabalhando às cegas, caso ignore o que está acontecendo nos bastidores. Ali predominam os processos do desenvolvimento emocional, sendo eles da mesma natureza que os que podem ser encontrados num 'estado de desconstrução', na esquizofrenia.

É neste ponto que se pode dizer algo sobre o brincar. A primeira brincadeira ao seio é de grande importância, por possibilitar ao bebê o encontro com a mãe e a comunicação com ela, fazendo com que ela esteja preparada para agir da forma correta. Sem a possibilidade do brincar, o bebê e a mãe permanecem estranhos um para o outro. E como são importantes, aqui, as mães. Com doze semanas um bebê irá às vezes alimentar a mãe enquanto

W. H. Davies, em seu poema 'Infancy', disse:
Nascido para o mundo
Com as mãos cerradas,

Chorei e fechei os olhos.
 Em minha boca foi metido um seio
 Para calar o meu amargo choro.
 Eu não sabia — e nem me importava —
 A diferença entre mulher e homem.
 Até que vi de súbito luz,
 E todos os meus prazeres começaram.
 Desse ponto em diante
 Minhas mãos se adiantaram,
 E comeciei a experimentar
 As tantas coisas que meus olhos viam.
 Minhas mãos podiam mover;
 Meus dedos agora passaram a agir,
 E os dedos dos meus pés também.
 Estendendo as mãos, os dedos esticados,
 Eu ria, os olhos agora abertos.

Psiquiatria e cuidado materno

Já é hora de juntar tudo isto com algo que interessa ao psiquiatra. Durante a análise de uma mulher (que tinha vivido com razoável sucesso e procurou a análise por causa de uma crescente insatisfação e de um sentimento cada vez mais forte de que nada tinha sentido para ela) aconteceu o seguinte:

Houve uma hora em que o importante era que eu me mantivesse absolutamente imóvel e calado e não dissesse nada. Na hora seguinte aconteceu o mesmo, mas após um certo tempo eu me movi para pegar um cigarro. A consequência desse mínimo movimento foi quase desastrosa, e a situação só foi salva porque a minha paciente sabia o que estava acontecendo. Do que tinha ocorrido antes sabíamos ambos que ela estava de volta ao relacionamento mãe-bebê. Naquele silêncio, minha paciente estava detida no colo de sua mãe. Precisadamente no momento em que eu me movi, ela estava (mentalmente) começando a levantar a mão, e assim fazendo ela iria encontrar o seio, e logo a seguir a mãe iria corresponder e a mamada iria começar. As duas teriam se entendido. Era justamente esta experiência que a paciente inconscientemente procurava. No momento em que me movi, porém, quebrei o encanto e imediatamente transformei-me na babá. (Historicamente, ela foi amamentada ao seio durante um mês e então foi entregue a uma babá e passou a ser alimentada na mamadeira.) Isto significou a ruptura de uma pro-

gresso natural. A babá, embora em outros aspectos melhor mãe que sua mãe verdadeira, pois não era deprimida, ainda assim, na hora de mamar tinha que ir pegar ou mesmo preparar a mamadeira, e no momento em que tudo estava pronto, o bebê já havia perdido grande parte da capacidade de 'criar' a mamadeira ou o leite. Este passou a ser algo que vinha a ela e com o qual ela tinha que se entender.

Este tipo de material clínico induz-me a descrever outros estudos analíticos. É muito difícil comunicar aqueles que (sendo pediatras ou psiquiatras) não fazem psicanálise o sentimento de convicção por haver cavado até encontrar a rocha sólida, e com isto estou me referindo ao fato de ver coisas reais revividas durante esse trabalho. Seja como for, cada um de nós pode ter apenas um número limitado de tipos de experiências, levando-nos inevitavelmente a ter que aprender com o trabalho de nossos colegas.

Por muito tempo lutei com um caso que ilustra o meu ponto de vista na medida em que, para poder de algum modo ajudar a essa paciente, eu tinha que estar pronto e esperando no momento em que ela chegava. Essa mulher tinha uma irmã gêmea, e o tratamento diferente dispensado a ela pela mãe, em comparação com o da irmã, foi sempre uma fonte de sofrimento para ela. A irmã gêmea, sendo mais fraca, ficou aos cuidados da mãe, que a alimentava e cuidava dela e a levava para a sua cama, enquanto a minha paciente, sendo grande e forte, foi entregue a uma enfermeira. Até aqui temos a reconstrução consciente. Essa paciente veio a mim de um hospital psiquiátrico. Sofre de uma grave cisão em sua personalidade, e durante as suas duas primeiras décadas (excluindo o período da infância) saiu-se excepcionalmente bem, funcionando com base na submissão. Ocorreu então um colapso, e teve início a sua longa busca por uma chance de encontrar o seu próprio eu e um relacionamento com o mundo que ela pudesse sentir como real. Não é preciso dizer que ela não sabia o que estava procurando, e em certo momento, desesperada, desenvolveu uma arte reumatóide com a intenção inconsciente de assim ficar presa ao leito e tornar-se dependente, para fazer com que a família cuidasse dela. Ao menos, talvez fosse melhor dizer, ela usou a arte desta maneira.

A esperança de conseguir o que ela precisava com a análise trouxe consigo aquela necessidade absoluta mencionada antes, de que eu estivesse sempre pronto para ela. Num certo momento eu tinha que estar na porta da frente eu mesmo, para abrir concretamente a porta assim que a campainha tocasse. Pode-se imaginar facilmente quanta brincadeira havia em torno desse detalhe do manejo. Algumas vezes ela me telefonava do meio do caminho, pois se não o fizesse não conseguia acreditar na minha existência. O

motivo pelo qual eu tinha que ter todo esse trabalho, bastante cansativo, era o fato de que de outro modo não havia qualquer impressão de que eu iria vir, falar e ir embora, mas não lhe ficaria qualquer impressão de que nos havíamos encontrado. Por outro lado, um bom tempo de atendimento na base do acesso direto trazia sempre a sua recompensa. Em seis anos aconteceu muita coisa, mas a base de tudo isso era o fato de que eu lhe dava esse acesso direto. Ela vem tendo uma experiência essencial pela primeira vez, ainda que seja uma experiência pertencente à infância, e isto aparece claramente no material detalhado que não poderei reproduzir aqui. Neste caso há um forte componente regressivo, estando o trauma principal relacionado ao início da infância em si mesma, mais que aos primeiros meses de vida, devido a um longo período de manejo rígido por uma enfermeira quase louca.

No caso de alguém pensar que tais coisas são colocadas pelo analista na cabeça dos pacientes, eis aqui um fragmento da análise de um menino que aparentava retardo mental, mas que na verdade era um caso de esquizofrenia infantil com regressão a uma introversão rigidamente controlada. Quando veio a mim, com cinco anos de idade, o menino passou uns três ou quatro meses simplesmente andando em minha direção e afastando-se em seguida, testando a minha capacidade de proporcionar acesso direto e liberdade para se afastar.

Aos poucos o menino permitiu-se sentar no meu colo e ir adiante, estabelecendo um contato afetuosos. Na fase seguinte ele entrava dentro do meu casaco, e disso desenvolvia-se um jogo de escorregar para o chão de cabeça para baixo por entre as minhas pernas. Durante todo esse período eu fiz muitas poucas interpretações verbais. Na fase seguinte ele passou a ter um desejo tão forte por mim — era o tempo da guerra, e o mel andava escasso — que acabou esvaziando todas as reservas, e por fim condescendeu em aceitar uma mistura de leite e óleo, que ele comia vorazmente. Em seguida passou a cobrir de saliva tudo o que via e tornou-se destrutivo com a colher de mel. Sua saliva formava uma poça na porta, caso eu o deixasse esperando. De tudo isto decorreu um lento mas firme desenvolvimento, que anteriormente havia cessado e se tornou negativo.

Nessa experiência parecia-me ver uma criança re-vivendo experiências infantis precoces, corrigindo, a partir de alguma necessidade interna, o seu fracassado encontro inicial com o mundo. Ele estava nascendo de novo. Eu via um ambiente substituído o outro. Mais adiante a análise através de interpretações verbais tornou-se não apenas possível, mas urgentemente necessária. Na etapa que descrevi, porém, minha função era fornecer um certo tipo de ambiente, e assim permitir que o menino fizesse o trabalho.

Há uma aplicação direta de tudo isto ao trabalho com adolescentes. Eis aqui um típico caso de paciente adolescente. Um menino de dezesseis anos, estudando num internato, diz ao médico da escola que ele precisa de qual-quer maneira ver um psiquiatra. Ao final ele toma a iniciativa sozinho, e seus pais o trazem a mim. Faço uma anamnese detalhada com os pais, e na entrevista com o menino eu o percebo deprimido e traco. Após cerca de uma hora eu nada consigo dele, e não faço qualquer esforço para que ele se abra. Conforme descubro depois, o mais importante na entrevista foi o fato de que eu não demonstrei nenhuma pressa em obter dele alguma resposta. Ao ir embora, eu lhe digo que espero vê-lo de novo algum dia.

O contato seguinte foi por telefone. Ele me liga da escola e pergunta se posso vê-lo no dia seguinte, um sábado. Eu sei que devo fazê-lo, pois o gesto partiu dele, e ponho de lado todo o resto a fim de ajustar-me a ele. No telefonete eu digo imediatamente sim, antes de ter uma idéia clara de como administrar a situação.

Como consequência, surge em meu consultório um menino bem diferente. Ele me usa de um modo verdadeiramente notável, e em uma ou duas horas faz uma análise em miniatura. A isto seguem-se resultados consideráveis, mais, creio eu, do que teria sido possível alcançar em várias semanas de uma análise regular nessa fase. Nas férias seguintes sou informado de que o menino deixou a escola por sua própria iniciativa, decidiu-se por uma carreira, conseguiu matricular-se numa universidade e passou a morar em Londres, onde poderá fazer análise durante um período adequado, como um analista, e muitas análises de adolescentes esquizóides fracassam porque são planejadas sem levar em conta a capacidade da criança de, de certo modo, *criar* um analista, um papel ao qual o analista real poderá tentar adaptar-se.

Se tudo isto é verdade, segue-se que as técnicas convencionais de entrevista detortam a si próprias, visto que seu objetivo é fazer um diagnóstico e dar início a um procedimento terapêutico. As técnicas convencionais desperdiçam a capacidade do paciente de fazer contato de um determinado tipo, e num caso do tipo esquizóide esse desperdício da oportunidade pode funcionar como uma terapia negativa e causar dano.

Na análise de uma menina esquizotênica, tive que adotar a postura de, por um longo período, atendê-la ou lidar com material analítico pelo telefonete precisamente no momento em que este tocava. Qualquer tentativa de estabelecer um horário definido delatava um ataque de claustrofobia. Finalmente conseguimos combinar um horário regular. Se eu a tivesse forçado

a isso antes da hora, essa paciente não teria podido estabelecer comigo um contato que tivesse algum significado para ela. Durante muito tempo falei-lhe sobre o cuidado de bebês e sobre problemas da sua alimentação. De fato, antes de começar a analisar essa moça dava às crianças de que ela cuidava exatamente o mesmo tratamento que precisou receber de mim, e que nunca lhe fora dado pela mãe. Esta última, apesar de excelente em muitos aspectos, tinha uma enorme necessidade de receber elogios por suas vitórias no campo da alimentação. 'Nenhum dos meus filhos jamais recusou algo que eu lhe oferecesse', dizia ela, e pelo fato de ser uma dietista profissional todos eles eram gordos a mais não poder, principalmente a minha paciente. O fato é que antes de me procurar essa moça mal sabia o que era entrar em contato com a realidade a partir de si mesma.

Gostaria de descrever agora a minha percepção da base teórica para tudo isto. Nos casos favoráveis, a expectativa do bebê encontra-se com a realidade invasora, e nesse ponto eu colocaria o termo 'ilusão'. Se isto não faz sentido para alguém, a seguinte história talvez possa ajudar.

Recentemente, durante um período de muito calor, um certo analista teve que fazer um atendimento extra na hora do almoço. Ele estava cansado e talvez com um pouco de sono, e teve a seguinte experiência apesar de ser um analista normalmente competente.

De sua janela ele podia ver o exterior, e num telhado a alguma distância terminado de comer o seu sanduíche e deixou cair o jornal da tarde com suas dicas sobre corridas de cavalos. Obviamente ele próprio deixou-se escorregar e caiu no sono.

Muito pouco consciente de tudo isto, o analista nada teria registrado se não tivesse havido uma sequência. Todos nós sabemos que um ruído contínuo muitas vezes só se faz notar quando cessa. Bem, neste caso o elemento perturbador foi o fato de que o homem não fazia qualquer movimento. Meia hora depois o analista registrou definitivamente o fato de que o homem já devia ter acordado, e de repente: pop!, a cabeça do homem inchou e se transformou no grande ornamento esférico de pedra — que na verdade era isto o tempo todo. A visão do homem adormecendo não era mais que uma indicação de que o meu amigo queria dormir ele próprio. Não lhe foi possível manter suas alucinações dentro de situações que as pudessem comportar. Retomando a idéia, nos casos favoráveis o impulso ou expectativa do bebê encontra-se com a realidade invasora.

Quais são as consequências de um fracasso na apresentação do mundo num diagrama seriam paralelas. O bebê cria a partir de sua pobreza inerente, e o mundo invade inutilmente. As linhas nunca se encontram. Num caso hipotético desse tipo, acontecerá uma deficiência mental mesmo que exista um cérebro normalmente capaz. Geralmente ocorre um certo grau de dissocição nesse nível mais precocemente, e assim é lançada a base para o relacionamento do bebê com um mundo não compartilhado, criado por ele mesmo, onde a magia impera, e ao lado disto haverá uma submissão ao manejo que vem de fora, conveniente porque dá vida, mas extremamente insatisfatório para o bebê. Mais tarde, durante a infância ou na vida adulta, ocorrerá uma ruptura nessa submissão se ela estiver demasiadamente isolada da outra tendência que contém toda a espontaneidade da criança. Esses caminhos paralelos aparecem regularmente em nosso trabalho analítico, e podem ser ilustrados da forma mais simples possível pelo paciente que dizia que suas sessões analíticas eram em duplicata, uma um tanto chata, com o analista, e depois a outra, que realmente funcionava, com um analista imaginário.

O pediatra e o psiquiatra

O ponto principal a respeito dessa justaposição é o de que ao investigar os fenômenos da comunicação e dos contatos humanos, tanto o pediatra quanto o psiquiatra necessitam muitíssimo da ajuda um do outro. Por exemplo, poucos psiquiatras são capazes de conseguir das mães uma história confiável da alimentação nos primeiros tempos da infância. Nenhuma anamnese de um caso de psicose, porém, estará completa enquanto o último detalhe da relação inicial mãe-bebê não tenha sido obtido, se o mesmo estiver disponível para um pesquisador bem treinado. Por outro lado, o pediatra também precisa do psiquiatra. Sozinho ele não conseguirá reconhecer o bebê psiquiatricamente doente, pois este poderá exibir uma saúde física esplêndida, não sendo nunca agressivo nem 'difícil', quem sabe deliciosamente complacente. Realmente, o bebê doente pode ser extremamente bonzinho o tempo todo, 'nós nem notávamos que tínhamos um bebê, doutor', pode até ser deixado sobre o braço da poltrona sem perigo de escorregar e cair, e assim por diante. Bebês saudáveis choram, de modo algum aceitam tudo de bom grado, têm vontade própria, e de fato são um problema. Para a sua mãe,

é óbvio, um bebê saudável será sempre mais gratificante do que um bebê doente jamais poderia ser, pois apesar de sua carga de desgostos ele também tem sentimentos espontâneos de amor, tão mais gratificantes que as virtudes negativas.

Em termos da prática do manejo, tenho certeza de que aqueles que cuidam de bebês (refiro-me às mães e às enfermeiras de berçário) podem ensinar algumas coisas a aqueles que manejam regressões esquizóides e estados confusionais de pessoas de qualquer idade. A provisão de um ambiente estável e ainda assim pessoal, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, o fornecimento da comida de um modo confiável e nas horas certas (ou de acordo com os caprichos do paciente), estas coisas poderiam ajudar a enfermagem de estados esquizóides.

Não entanto, o mais importante para o psiquiatra, no momento, não é a prática mas a teoria. Estou afirmando que o lugar adequado para o estudo da esquizofrenia, da síndrome maniaco-depressiva e da melancolia é o berçário, e se isto for verdade, é possível dizer que certas tendências da psiquiatria contemporânea estão como que latindo para cima na árvore errada.

Alguém pode perguntar: O que fazem as pessoas comuns a respeito dessa questão do contato com a realidade? Obviamente, à medida que o desenvolvimento prossegue acontecem muitas coisas que parecem conotar as dificuldades, pois o enriquecimento pela incorporação de objetos é um fenômeno tanto psíquico quanto físico, e o mesmo pode ser dito a respeito do ser incorporado, incluindo a eventual contribuição à fertilidade do mundo, um privilégio até mesmo do mais humilde entre nós. No que diz respeito a camINHOS de contorno a vida sexual é especialmente pródiga, pois possibilita a concepção de bebês, uma verdadeira união física de duas pessoas. No entanto, enquanto estamos vivos, cada um de nós sente que o contato imediato com a realidade é uma questão vital, e lidamos com ela de acordo com o modo como a realidade foi nos apresentada no início. Para alguns de nós a tarefa de utilizar aquilo que é objetivamente verificável, e de objetivar o subjetivo, é tão fácil que o problema fundamental da ilusão tende a perder-se. A não ser que se trate de pessoas doentes ou extenuadas, em geral ninguém se dá conta de que existe um problema de relacionamento com a realidade, ou uma tendência universal à alucinação, o que os leva a acreditar que os loucos são feitos de uma substância diferente da deles. Alguns dentre nós, por outro lado, têm consciência de uma tendência em nosso interior em direção ao subjetivo, considerado então mais significativo do que as coisas do mundo, e para estes as pessoas sãs parecem um tanto estúpidas, e a rotina cotidiana, vulgar.

Uma das saídas consiste em sonhar sonhos e lembrar-se deles. No sono sonhamos o tempo todo, e quando acordamos precisamos trazer algo do mundo dos sonhos para a vida real, tanto quanto precisamos reconhecer os assuntos da vida diária que se intrometem e se entrelaçam nos sonhos. Para além disto, não é em geral através da criação artística e da experiência artística que mantemos as necessárias pontes entre o subjetivo e o objetivo? É por esta razão, acrescido eu, que valorizamos tão intensamente a solitária batalha do criador em qualquer campo da arte. Para todos nós, assim como para ele mesmo, o artista está sempre vencendo brilhantes batalhas, numa guerra que, na verdade, não tem fim. O fim consistiria em descobrir algo que não é verdade, ou seja, que o que o mundo oferece é igual ao que o indivíduo cria.

Gostaria de encerrar com uma ilustração que amplia ligeiramente os limites do tema. Um homem estava sonhando que dirigia um carro numa curva muito acima, quando viu um carro maior descendo rapidamente a mesma curva em direção a ele. Foi um sonho muito curto. Ele girou o volante para a esquerda, mas sabia que se não houvesse acordado um terrível desastre teria acontecido. Foi um sonho agradável, e ele acordou com a lembrança de ter batido com a cabeça numa coluna, quando passava com a mãe em sua infância. Tratava-se de uma lembrança fácil, de um incidente que jamais fora esquecido. Repentinamente ocorreu-lhe que esta era uma memória falsa. Ele estava andando com a sua mãe e um *outro* menino, que também passava com a mãe, bateu com a cabeça por distração num poste e ficou muito machucado, perdendo muito sangue.

Aconteceu que, por termos analisado a questão do contato com a realidade, foi-lhe possível compreender que ele havia invejado o menino que batia no poste. O que quero dizer é que a ele essa batida pareceu muitíssimo real, em contraste com a sua crescente e ativa inibição e a falta da sensação de realidade no contato com a mãe, secundária à repressão de seus desejos edipianos.

Desse momento em diante, ele passou a considerar de outra maneira o gosto das crianças por histórias terríveis, tais como os filmes de gangsters e de aviões de combate explodindo e assim por diante.¹ Eu também tomei consciência, mais do que nunca, de que ao tentarmos elucidar a complexa psicologia do comportamento infantil faríamos mal em negligenciar a ameaça dos sentimentos de irreabilidade e da perda de contato. Não é preciso que eu

1 Atualmente eu acrescentaria as histórias de horror em quadrinhos (1957).

acrescente para uma audiência de psiquiatras o quanto isto é importante também para o estudo dos adultos.

Aqueles que sentem a realidade externa como carente de sentido sempre que a rotina torna conta são também os que precisam do refúgio da música ou da pintura de modo absoluto. Uma conhecida minha, que vem se recuperando de uma longa fase de perda de contato, achou a cor nos quadros de Van Gogh *dolorosamente* real. A cor lhe causou um impacto semelhante ao provocado pelo carro no sonho daquele outro paciente. A cor foi demais para ela, num sentido físico, a ponto de ela ter tido que ir embora e voltar num outro dia para completar a visita à galeria de arte.

No manejo de crianças podemos observar acontecimentos semelhantes. O sentimento de irreabilidade pode apresentar-se como uma 'febre' por novidades. Isto aparece já no manejo da alimentação precoce, no problema do bebê que recebe um alimento novo atrás do outro, e que se dá bem com um deles por alguns dias até que perde o interesse. Mas o novo pode também ferir. Seria interessante ter em mente que para o bebê, o novo, seja por seu gosto, textura, aparência ou som, pode causar um impacto semelhante ao sofrido por minha conhecida, e ferir fisicamente. Uma mãe boa e comum é parcimoniosa em questão de coisas novas, proporcionando-as na medida da capacidade da criança de entender-se com elas. Na prática psiquiátrica, conforme sugeri anteriormente, talvez seria possível trazer de volta uma pessoa retratada pelo fornecimento de um pedaço de mundo extremamente simplificado, um pedaço de mundo para o qual o paciente poderia gradualmente voltar sem sofrer impressões dolorosas. Na análise de casos fronteiriços, algo dessa provisão é fornecido pelos limites do contexto analítico, sendo essa provisão o pré-requisito para o trabalho baseado na interpretação verbal.

Sumário

Tentei focalizar a atenção num determinado processo, o do contato do indivíduo com a realidade compartilhada, e no desenvolvimento desse processo a partir do início da vida do bebê. Tive a esperança de com isto estimular o psiquiatra a cooperarem a fim de chegarem a um tipo de descrição que seja clinicamente significativa para ambos. Procurei fazê-lo através do exame do estabelecimento normal do contato com a realidade. Não foi fácil deixar de lado os distúrbios psicossomáticos, voltar um ou visto pouco para os estados de ansiedade comum e fechar os olhos para a de-

pressão, a hipochondria e os delírios de perseguição. Todos esses distúrbios afetam a rotina diária do pediatra. Foi difícil manter meu curso, evitando as regressões e as distorções patológicas da psicose, muito mais comuns na infância do que se costuma acreditar. Foi também difícil escolher esse único processo e ignorar as questões da integração e da personalização. No entanto, ainda assim tive mais para apresentar do que pode ser apreendido num único encontro, e consolo-me com o fato de que é melhor passar a idéias de que algo é complexo, quando realmente é, do que causar uma falsa impressão de simplicidade.

Estas coisas já foram discutidas por filósofos e psicólogos, e os estudos dos da psicopatologia de todas as tendências fizeram suas próprias tentativas de formular o que acreditavam ver. Esta é a minha formulação, construída a partir do meu trabalho clínico e da minha formação psicanalítica.

Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade (1949)

NESTE TRABALHO gostaria de apresentar alguns exemplos clínicos que ilustram fantasias e possíveis memórias da experiência do nascimento.

Na teoria psicanalítica há certa confusão desde que Freud formulou a importante ideia de que a sintomatologia da ansiedade pode estar ligada ao trauma do nascimento. Não está claro se as memórias do nascimento são individuais ou raciais, se o nascimento pode ser normal ou se o trauma lhe é inerente ou é um fenômeno variável, que ocorre aleatoriamente. Por outro lado, qual é exatamente a natureza do trauma em termos da psicologia do ego? Há, portanto, muita coisa por pesquisar, e talvez o conjunto de ideias ora apresentado seja útil para estimular a reflexão.

É difícil saber de que modo citar Freud neste ponto. Para fazer-lhe justiça seria necessário escrever um outro trabalho, historizando as mudanças ocorridas em seus pontos de vista sobre o relacionamento entre a ansiedade e o trauma do nascimento. Seria um excelente exercício, e na verdade ele já foi realizado, notadamente por Greenacre.² Não é necessário que eu tente fazer justiça às ideias de Freud neste momento. Ao reler muitas das suas referências ao assunto desde que escrevi a parte central deste ensaio, creio poder encontrar tudo o que sugeri em algum lugar de seus escritos. Talvez a melhor citação que eu poderia fazer é a seguinte: 'Seria muito gratificante descobrir que a ansiedade, como símbolo da separação, repete-se em cada ocasião subsequente em que a separação venha a ocorrer, mas infelizmente não te-

1 Apresentado à British Psycho-Analytical Society em 18 de maio de 1949.

2 Esta parte teve que ser reescrita (1954) quando descobri os artigos de Greenacre, depois de escrever e apresentar esta contribuição.

mos como fazer esta correlação pelo fato de que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura inteiramente narcísista, não tem consciência alguma da existência de um objeto. E novamente, ao comparar o nascimento com o desmatame, ele diz: 'A situação traumática por sentir a falta da mãe difere em um importante aspecto da situação traumática ocorrida no nascimento. Ao nascer não havia objeto algum, e assim não haveria uma falta a ser sentida. A ansiedade era a única reação capaz de ocorrer.' (Freud, 1926.)

O que a mim interessa é precisamente esse tema do feto e da criança que está nascendo, essa 'criatura inteiramente narcísista'. Interessa-me compreender o que esta realmente ocorrendo aqui. Agrade-me a ideia de que Freud estava dando voltas em torno da questão sem chegar a uma conclusão definitiva, porque lhe faltavam certos dados essenciais para a compreensão do problema. Ao refletirmos sobre o pensamento de Freud, portanto, deveríamos nos lembrar constantemente do que faria ele, um cientista, se estivesse vivo hoje e participasse ativamente do mundo psicanalítico, podendo levar em consideração os avanços em nossos conhecimentos sobre a primeira infância.

O ponto central, aqui, é o de que Freud acreditava na importância do trauma do nascimento enquanto cientista, não apenas enquanto pensador intuitivo. É raro encontramos médicos que acreditam ser a experiência do nascimento importante para o bebê, com implicações significativas para o desenvolvimento emocional do indivíduo, e que os traços mnemônicos da experiência poderiam persistir e suscitar problemas mesmo na vida do adulto. Aqueles que conheceram Freud, entre os quais não me incluo, talvez tenham alguma informação quanto aos seus últimos pensamentos sobre a importância do trauma do nascimento. Em *Psicologia de Grupo* ele diz: 'Assim, ao nascermos, damos um passo do narcisismo absolutamente autossuficiente para a percepção de um mundo externo modificado e para o início da descoberta dos objetos. E prossegue: "... e a isto está associado o fato de que não suportamos por muito tempo esse novo estado de coisas, e portanto, imediatamente voltamos-lhe as costas e retornamos, durante o sono, à nossa condição prévia de ausência de estimulação e de objetos.' Aqui, porém, ele introduz um novo tema, e a mim não parece tão certo que o sono tenha essa vinculação tão simples com a existência intra-uterina. Trata-se de algo que exige uma discussão à parte.

Eu pensava que, para Freud, na história de cada indivíduo havia traços mnemônicos da experiência do nascimento, que determinavam os padrões de ansiedade pela vida afóra do indivíduo. Greenacre, porém, parece acreditar que Freud vinculava a ansiedade ao nascimento por algum tipo de teoria

do inconsciente coletivo, sendo o nascimento uma experiência arquetípica. (Utilizo aqui a terminologia de Jung deliberadamente, pois ela me parece adequada.) No entanto, o que quer que Freud tenha escrito ou deixado de escrever, o fato é que para ele a experiência pessoal do nascimento era importante, do ponto de vista do indivíduo, caso o episódio seguinte mereça crédito: Ao ouvir que uma certa criança nascera por intervenção cesariana, ele teria comentado que seria interessante lembrar-se desse fato, pois ele poderia talvez afetar o padrão de ansiedade daquele indivíduo.

Muito do que eu gostaria de contribuir já foi explicitado por Greenacre (1945). Escreve ela:

'Resumindo, parece que o efeito geral do nascimento é o de, devido à sua enorme estimulação sensorial, organizar e converter o narcisismo do feto, produzindo ou promovendo um impulso propulsor por sobre e para além do tipo de processo de maturação fetal, mais relaxado, existente no útero. Via de regra, ocorre uma padronização da agressivo-líbidinização de certas partes do corpo, de acordo com as áreas especialmente estimuladas. De modo especialmente importante, o nascimento estimula o cérebro em determinada medida, promovendo o seu desenvolvimento de modo a que este possa, em pouco tempo, começar a assumir um controle efetivo sobre o corpo. E contribui para a organização dos padrões de ansiedade, incrementando deste modo a defesa do recém-nascido, deixando atrás de si traços individuais únicos, que se irão superpor à ansiedade geneticamente determinada e aos padrões líbidinais daquele bebê.'

A questão exige estudo. Os dois artigos de Greenacre (1941) merecem muito mais atenção do que pude lhes dar até agora. No sumário do primeiro artigo ela diz: 'A resposta de ansiedade geneticamente determinada prova-se velmente manifesta-se em primeiro lugar por uma reatividade do organismo à irritação, no nível do reflexo. Isto pode ser observado na vida intra-uterina em termos de um conjunto de reflexos separados ou ligeiramente constelados, que poderiam por ocasião do nascimento tornar-se organizados na forma de reações de ansiedade.' E assim por diante. Podemos depreender desta citação que ela está pedindo por uma reformulação do problema da relação entre a ansiedade e o trauma do nascimento à luz do trabalho que vem sendo realizado a respeito do comportamento do recém-nascido.

No segundo artigo, mais clínico e mais relacionado ao pensamento psicanalítico, Greenacre chama a nossa atenção para a importância da correção durante a psicoterapia subsequente. Em seu resumo ela assinala: 'Esta clara que as considerações sobre estes casos nos levam de volta à necessidade de

observar mais os bebês, uma atividade que a mim parece ser a mais rica fonte de material para a psicanálise. Espero que ela concorde, porém, que não há método mais importante para estudar o trauma do nascimento do que este que se encontra tão obviamente à nossa disposição, a saber, a psicanálise de adultos e crianças. Os outros métodos também são importantes, e incluem especialmente os estudos baseados na observação de bebês ao nascerem, antes e imediatamente após o parto, bem como o tipo de pesquisa que somente poderia ser realizado pelo especialista em neurologia.

Gostaria agora de chamar a atenção para o trabalho do Dr. Granly Dick Read (1942), que estuda o processo do nascimento a partir do ponto de vista da obstetrícia. Uma grande parte de seu sucesso nessa prática deve-se ao fato de que, além de seus conhecimentos sobre a vertente física do processo, ele acredita que é importante dar confiança à mãe. Sua intenção é prevenir ou vencer o medo sentido pela mãe, que para ele constitui uma séria ameaça à função por ela desempenhada durante o parto. Ele é simpático à psicanálise e à teoria psicanalítica. O Dr. Read acredita que a psicologia do indivíduo pode ser estudada mesmo na fase pré-natal e durante o parto, e que essas experiências tão precoces são significativas. Neste ponto eu o percebo à frente de muitos obstetras e pediatras.

O ponto de vista pessoal que estou formulando neste trabalho baseia-se em minha experiência como psicanalista. 'Minhas idéias podem ser divididas em três categorias.

O primeiro aspecto que gostaria de enfatizar é o de que numa análise aparecem vários tipos de material. Quando acrescento aos mesmos materiais relativos ao trauma do nascimento, isto não significa que o tratamento pode ser realizado com base apenas neste tema. O analista deve estar preparado para aceitar qualquer material que surja na análise, inclusive o relativo ao nascimento.

O analista deve, na verdade, esperar por materiais referentes a todos os tipos de fatores ambientais. Por exemplo, é necessário reconhecer e avaliar o tipo de ambiente que pertence às experiências intra-uterinas, e também aquele que pertence às experiências do nascimento. Igualmente quanto à capacidade de da mãe de devotar-se ao recém-nascido, e à capacidade do casal de assumir uma responsabilidade conjunta à medida que o bebê desenvolve-se e se transforma numa criança. E também quanto à capacidade do grupo social de deixar de lado agora o trabalho de outros autores e passo a apresentar os meus próprios pontos de vista nas minhas palavras. Fico muitíssimo contente quando, depois de deixar claro o meu pensamento, descubro que minhas idéias já haviam sido formuladas por alguém, muitas vezes de maneira melhor, mas não melhor para mim.

permitir à devocão da mãe e à cooperação dos pais fazerem a sua parte, e levarem adiante a sua tarefa a ponto de permitir ao indivíduo participar da criação e da manutenção do contexto social.

Dito de outro modo, não vale a pena levar em consideração o trauma do nascimento a menos que se preserve um senso de proporção. No entanto, ao discutirmos um tema específico qualquer não precisamos ter medo de, *temporariamente*, dar a impressão de o estarmos supervalorizando.¹

O segundo ponto que me parece importante é o de que, em comum com outros analistas, eu realmente encontro em meus trabalhos, o analítico e o não analítico, evidências de que a experiência pessoal do nascimento é significativa, e é mantida como matéria de memória. Acredita-se geralmente que nos estados psicóticos são rememorados justamente os elementos que, nos estados mais normais, ficam foram do alcance da consciência. Vocês devem ter notado que ao formular o meu segundo ponto utilizei a expressão 'experiência do nascimento', em vez de 'trauma do nascimento', e logo voltarei a isto, mas antes gostaria de descrever um episódio na análise de um menino aparentemente retardado, cujo retardo era provavelmente secundário a uma psicose anterior, e não a uma deficiência cerebral.

O menino, então com cinco anos de idade, passou um mês ou dois tendo a minha capacidade de aceitar a sua aproximação sem fazer exigência alguma, e de adaptar-me ativamente às suas necessidades de um modo que sua mãe era incapaz de fazer. Ele vinha em minha direção repetidas vezes e então se afastava, testando minha capacidade de aceitá-lo. Finalmente, veio e sentou-se em meu colo. Nenhuma palavra foi dita ao longo de todo esse período. A fase seguinte de seu relacionamento comigo assumiu uma forma um tanto inesperada: ele entrava dentro do meu paletó, virava de cabeça para baixo e escoregava em direção ao solo por entre as minhas pernas, e isso ele repetiu e repetiu vezes sem conta.

Quando ficou inteiramente estabelecido esse procedimento, o que implicou numa decisão sua de que eu podia ser usado como a mãe de que ele necessitava, ele passou a pedir mel toda vez que se levantava do chão. Eu arranjava o mel (e mais tarde uma mistura de óleo de fígado de bacalhau e malte, mais fácil de conseguir durante a guerra) e ele servia-se de uma grande quantidade (uns duzentos gramas), e comia imediatamente com intenso prazer. Este foi o começo de uma fase de tremenda atividade oral, acompanhada de excessiva salivação. Sua saliva formava uma poça na soleira da porta, enquanto esperava que eu a abrisse. Antes dessa fase seus desejos orais apare-

¹ Por exemplo, quando estou escrevendo um trabalho para esta Sociedade sobre qualquer assunto, quase sempre tenho sonhos relacionados ao mesmo.

ciam apenas na forma de objetos alucinados (que ele chamava de *Käfers*), que surgiam ao longo das paredes e dos quais ele tinha muito medo. A interpretação que lhe permitiu deixar de lado esses insetos alucinados foi a de que se tratava da *sua própria boca*. Na fase seguinte ele próprio tornou-se um *Käfer*, e dali em diante iniciou-se a fase que eu estava descrevendo acima, na qual ele me testava enquanto mãe capaz de adaptar-se ativamente.

Depois dessa experiência, passei a acreditar que os traços das memórias do nascimento poderiam realmente persistir. Obviamente, em muitas análises surgiram coisas desse tipo durante o brincar, e em ocasiões ainda mais numerosas durante as brincadeiras de crianças normais, e nas nossas próprias brincadeiras quando crianças.

O caso seguinte também apresenta alguns aspectos interessantes para o estudo da experiência do nascimento:

A Sra. H. é uma enfermeira de 50 anos. Foi tratada por mim aos 25, numa época em que eu era médico residente no Hospital St. Bartholomew e tinha lido apenas um ou dois livros de psicanálise. Essa paciente sofria de uma grave neurose, incluindo uma constipação de um grau que eu jamais havia visto e nunca mais vi. Ela era estenodactilógrafa, mas depois de tratar-se comigo tornou-se enfermeira num hospital. Mais tarde especializou-se no trabalho com crianças psicóticas. Tem uma rara compreensão intuitiva das necessidades de crianças regredidas.

No tratamento dessa paciente, caracterizado pela catarse, ela detinha-se e dormia, e subitamente acordava em meio a um pesadelo. Eu a ajudava a acordar repetindo muitas vezes as palavras que ela havia dito durante o intenso ataque de ansiedade. Desta forma, quando acordava, eu lhe permitia manter contato com a situação de ansiedade, e assim recordar-se de todo tipo de incidente traumático desde a sua mais tenra infância.

Eu nunca soube o que fazer com a sua reconstrução do nascimento. Me-mórias do nascimento apareciam incrustadas de elementos visivelmente pertencentes a todos os outros estágios de desenvolvimento, inclusive da adolescência muito mais sofisticada e até da vida adulta. No entanto, o efeito geral parecia-me real por sua terrível intensidade. Ao mesmo tempo que *duvida-va dos detalhes descritos como memórias, percebi-me acreditando no afeto que os acompanhava*.

Ultimamente essa paciente vem cuidando de uma menina de sete anos, um caso de psicose (autística) em tratamento analítico. A Sra. H. adoeceu repentinamente, e sem conseguir avisar a ninguém, simplesmente não veio trabalhar, sendo que sua tarefa consistia em trazer a menina para a análise e cuidar dela durante o dia. Fui visitá-la e descobri que ela estava se recuperando de uma doença que não era uma novidade para ela, mas que nunca tinha sido tão aguda. Ela teve que ficar de cama por algo que chamava de 'blackout'.

Ficou detida de lado, encolhida e absolutamente imóvel, incapaz de fazer o que quer que fosse, e tão próxima da inconsciência quanto possível. Um médico foi chamado e disse que não encontrava nada de errado em seu corpo. Enquanto estava nesse estado não conseguia fazer nada que tivesse a ver com comida. Aos poucos recuperou a consciência e permitiu que a levassem para a casa de uma amiga. Depois de uma semana ou dez dias começou a trabalhar, mas antes desse episódio, durante os vinte anos seguintes ao tratamento que teve comigo, jamais me perguntou coisa alguma sobre si mesma. Desta vez, no entanto, antes de retornar o seu emprego, veio me ver, sentou-se e disse: 'O que você acha desse "blackout"? Por que será que aconteceu?' Eu lhe disse que não tinha a menor idéia, e então ela continuou a falar e eu comeci a perceber que, embora ela não tivesse a intenção de ter uma sessão terapêutica, estava me fornecendo material vindo do inconsciente, que me permitiria dar uma explicação para o seu "blackout".

Descobri que ela estava morando com essa menina de sete anos e estava muito estreitamente identificada com ela, como sempre ocorria quando cuidava de crianças psicológicas. Contou-me que, para compreender o estado da menina, ela a imitava tanto quanto possível, colocando a mão assim, andandoo de tal maneira e assim por diante, 'a fim de poder sentir o mesmo que a menina, tanto na mente quanto no corpo'. Acontece que a menina entrou num estado de ansiedade aguda e passou a ter um medo enorme de andar de metrô. A Srta. H. vinha tentando levá-la ao metrô para distrair sua atenção e para mostrar-lhe que o metrô não era tão terrível assim. Uma grande quantidade de material desse tipo fez com que me desse conta subitamente de que era preciso que eu dissesse à Srta. H. que ela própria estava revivendo a experiência do nascimento, em conjunto com a menina. Não se tratava, aqui, de reconstrução histórica. Ela estava realmente precisando reexperimentar a coisa fisicamente, o que em seu caso incluía uma sensação de asfixia. As interpretações nessa direção produziram um efeito dramático. A Srta. H. sentiu-se melhor, compreendeu o que estava acontecendo e retomou o seu trabalho cheio de confiança. O médico que a atendia disse-me: 'Por um motivo qualquer a Srta. H. parece muito melhor desde que esteve doente'. Depois disto ela continuou a fazer um bom trabalho com a menina, tendo uma percepção mais objetiva da sua ansiedade, o que vem sendo muito importante no tratamento desse caso.

Pacientes histéricos dão-nos a impressão de estar representando, mas nós sabemos melhor do que eles que há verdadeiros afetos sendo exibidos e ocultados nas manifestações históricas.

Em muitas análises de crianças, os jogos ligados ao nascimento são importantes. Nesses jogos o material pode derivar do que o paciente descobriu

sobre o nascimento, através de histórias ou informações e observações diretas. A impressão que temos, no entanto, é de que o corpo da criança sabe o que significa nascer.

Retorno agora ao fato de ter usado a expressão 'experiência do nascimento' em vez de 'trauma do nascimento'. Isto me leva ao terceiro ponto que gostaria de enfatizar. Creio que as sugestões de Freud tornam-se muito mais compreensíveis, quando ele separa experiências do nascimento de trauma do nascimento. Greenacre também sublinha esta idéia. É possível que as experiências do nascimento sejam tão suaves que dificilmente se tornam significativas. Este é o meu próprio ponto de vista atualmente. Ao contrário, as experiências do nascimento que fogem ao normal além e acima de um certo limite tornam-se traumas do nascimento, e são imensamente significativas.

Num caso em que houve uma experiência do nascimento normal, o material ligado ao nascimento não costuma aparecer na análise de um modo que chame a atenção. Ele estará lá, mas se o analista tiver dificuldade para pensar em termos do nascimento é pouco provável que o paciente venha a colocar alguma ênfase no assunto. Haverá contextos mais urgentes e mais relevantes para a ansiedade que tanto o paciente quanto o analista estarão tentando alcançar.

No entanto, quando a experiência do nascimento foi de fato traumática, ela estabelece um padrão. Esse padrão surgirá através de detalhes variados, com os quais é preciso lidar e que precisam ser interpretados cada qual por seu próprio direito e no momento adequado.

Gostaria de enfatizar, no entanto, que a interpretação em termos de trauma do nascimento não irá produzir um subitâneo e permanente alívio. Na verdade, visto que o trauma do nascimento é real, trata-se de algo para o qual é uma pena estarmos cegos, e em certos casos e em certos momentos a análise necessita intrinsecamente que o material referente ao nascimento seja aceito e receba prioridade em relação a qualquer outro material.

Seria útil considerar que existem três categorias de experiências do nascimento. A primeira é a experiência normal, ou seja, saudável, uma experiência positiva e valiosa, de significância relativa. Esta fornece o padrão de um modo de vida normal. Esse modo de vida normal pode vir a ser fortalecido por diversos tipos de experiências subsequentes, fazendo com que a experiência do nascimento seja um elemento numa série de fatores favoráveis ao desenvolvimento da confiança, do senso de sequência, estabilidade, segurança etc.

Na segunda categoria temos a experiência traumática comum, que acaba por misturar-se a diversos outros fatores ambientais traumáticos, exacerbando-os e sendo exacerbada por eles.

Num momento posterior abordarei o terceiro tipo de experiências do nascimento, de natureza traumática extrema.

Já deve ter ficado claro que para mim é difícil pensar na ansiedade como sendo determinada por um trauma do nascimento, pois isto implicaria em que o indivíduo recém-nascido de modo natural não teria ansiedade ou não teria como *mostrar* que está ansioso. E isto seria absurdo.

Gostaria de trazer para a discussão, neste momento, a palavra 'ansioso', Não consigo pensar que um bebê esteja ansioso ao nascer, pois não existe repressão nem inconsciente reprimido nesse estágio tão inicial. Se a ansiedade significa algo simples como o medo ou a irritabilidade reativa, está tudo bem. Parece-me que o termo 'ansioso' pode ser aplicado quando um indivíduo vê-se às voltas com alguma experiência física (excitação, raiva, medo ou qualquer outra) que ele não pode nem evitar nem entender. Ou seja, ele desconhece a parte maior das causas do seu estado. Com o termo 'desconhecimento' refiro-me ao inconsciente reprimido. Caso ele tome conhecimento do que está ocorrendo, ele não sentirá mais ansiedade e sim excitação, medo, raiva etc.

Freud, em *Para Além do Princípio do Prazer*, afirma: 'A *angst* denota uma certa condição de expectativa ligada ao medo e à preparação para o medo, mesmo que este último não seja conhecido.' No entanto, ele não parece dizer aqui exatamente o que eu tinha em mente, ou seja, que o indivíduo deve ter alcançado um certo grau de maturidade e a capacidade para a repressão antes que o termo 'ansiedade' possa ser adequadamente empregado. Este é um exemplo das considerações que me levam a sugerir que a teoria do relacionamento entre a ansiedade e o trauma do nascimento seja mantida em latência, enquanto prossigue o trabalho sobre a psicologia do bebê antes, durante e após o nascimento.

Minha tese aqui exposta é, portanto, uma tese composta, a saber, a de que as experiências do nascimento são boas, e podem promover o fortalecimento do ego e a estabilidade.

Gostaria agora de chamar a atenção para o modo como o trauma do nascimento aparece na situação analítica, deixando especialmente claro que falar sobre o trauma do nascimento com o paciente é algo muitíssimo capaz de passar ao largo da questão central. Eu porta em dúvida o valor da interpretação em termos do trauma do nascimento num caso em que o paciente não

está profundamente regredido no momento da situação analítica, nem está clinicamente doente nos intervalos entre as sessões.

Um dos problemas da nossa técnica psicanalítica consiste em saber qual a idade do paciente no interior da relação transferencial. Em certas análises, durante a maior parte do tempo o paciente tem a sua própria idade, e podemos colher todo o material necessário relativo à infância através das memórias e fantasias explicitadas de uma forma adulta. Não creio que nesses tratamentos haja alguma utilidade para a interpretação do trauma do nascimento. Ou então o material relativo ao nascimento aparecerá em sonhos, que poderão ser interpretados em todos os níveis. No entanto, devemos permitir que a análise vá mais fundo, quando necessário, e não é preciso que o paciente esteja muito doente para, de vez em quando, ser uma criança durante a sessão analítica. Nesses momentos ocorrem muitas coisas que é preciso compreender sem recorrer à descrição verbal imediata.

Estou me referindo a algo que é ainda mais infantil que o comportamento de uma criança brincando com os brinquedos. Dependendo das condições do analista e do diagnóstico do paciente, será mais ou menos correto trabalhar com ele nesses termos. O que estou tentando deixar claro é que se as experiências do nascimento aparecem na análise haverá com certeza muitas outras evidências de que o paciente se encontra num estado de extrema infantilização.

A experiência do nascimento

Já sabemos, a partir do comentário de Freud, que a experiência do nascimento nada tem a ver com a percepção do recém-nascido de que ele está separado do corpo da mãe. Podemos postular um determinado estado mental do feto. Creio que seja possível dizer que tudo está indo muito bem, se o desenvolvimento do ego do bebê transcendeu até aqui sem perturbações físicas ou emocionais. É óbvio que antes do nascimento já há um início de capacidade para uma aceleração falsa ou não saudável desse desenvolvimento. Na saúde, as perturbações ambientais até um certo grau constituem um estímulo valioso, mas para além desse grau tais perturbações são contraproducentes na medida em que dão margem a *reações*. Nesse estágio tão inicial do desenvolvimento ainda não há uma força suficiente do ego para que ocorra uma reação sem perda da identidade.

ser' pessoal, para a qual o feto já estava preparado, mas não tão intensa ou tão prolongada a ponto de cortar o fio do seu processo pessoal e contínuo.

Note-se que não estou afirmando neste momento que o início da respiração seja essencialmente traumático. O parto normal é não-traumático em virtude de sua não-significância. No momento de nascer o bebê não está ainda preparado para uma intrusão ambiental prolongada.

É justamente por tornar-se significativa que a experiência do trauma do nascimento é traumática em termos psicológicos. O 'continuar a ser' pessoal do indivíduo é interrompido por reações a intrusões prolongadas. Quando o trauma do nascimento é significativo, cada um dos aspectos da intrusão e da reação é, digamos, entalhado na memória do indivíduo da mesma forma como nos acostumamos a ver quando os pacientes revivem experiências traumáticas de uma época mais tardia (o tipo de experiências que por vezes são recuperadas com sucesso por uma ab-reação ou uma hipnose). Ao descrever exemplos de intrusão, não tentarei preservar algum tipo de ordem, porque ainda não decidi de que modo fazê-lo. Quando estudamos um paciente em análise, porém, encontramos uma ordem de detalhes que nunca deixa de nos impressionar.

É possível dizer que o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir. A reação, nesse estágio do desenvolvimento humano, significa uma perda temporária de identidade. Isto provoca um sentimento extremo de insegurança, e situa-se na base da expectativa de novos exemplos de perda da continuidade do ser, e mesmo de uma desesperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal.

As repetidas fases de inconsciência (o termo é usado aqui em seu sentido do físico) devidas ou a transformações no cérebro ou ao anestésico recebido pela mãe não são suficientes para se tornarem significativas. Quando um paciente apresenta claramente um quadro de inconsciência (uma ou mais vezes) no contexto dessa situação, é provável que o que está sendo reencenado é o corte no fio da continuidade do eu devido às repetidas fases de reação prolongada a uma intrusão ambiental, como por exemplo a pressão. A inconsciência (como a que ocorre após uma concussão) não é lembrada. Entre os aspectos mais típicos da memória verdadeira do nascimento está o sentimento de ser agarrado por algo-externo. Note-se que não estou afirmando que o bebê sente como se a mãe o agarrasse. Isto implicaria em falar de um bebê de outra idade, não neste estágio. A intrusão vinda do exterior faz com que o bebê tenha de adaptar-se a ela, e o fato é que à época do nascimento o bebê necessita e de uma adaptação ativa do ambiente. Ele é capaz de

Tenho uma dívida para com uma paciente por ela ter colocado em palavras algo proveniente de uma percepção extremamente profunda da condição do bebê no seu estágio inicial. Essa paciente tinha uma mãe deprimida, notavelmente rígida que, depois do nascimento, passou a segurar o bebê com muita força, com medo de deixá-lo cair. É esta a razão pela qual a descrição foi feita em termos de pressão. Trabalhamos em conjunto essa formação, que se revelou vitalmente importante para aquela análise. A compreensão desse ponto levou-a à raiz mesma de suas dificuldades, e forneceu uma descrição muito acurada do grau de regressão que ela precisou alcançar antes de retornar o seu desenvolvimento emocional. A paciente disse: 'No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão externa adapta-se ativa, mente à pressão interna, o elemento central da situação será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas se a pressão do ambiente for maior ou menor que a do interior da bolha, então a bolha não será o elemento principal, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa.' Depois de chegar a essa compreensão a paciente sentiu que pela primeira vez, na análise, ela estava sendo segura por uma mãe em estado de relaxamento, ou seja, uma mãe que estava viva, acordada e pronta para fazer uma adaptação ativa a partir de sua capacidade de devotar-se ao bebê.

Antes do parto, e especialmente se este sofre uma demora, podem facilmente ocorrer ao bebê experiências repetidas em que, durante aqueles momentos, a predominância é do ambiente e não do eu, e é possível que o bebê seja apanhado mais e mais vezes nesse intercuro com o ambiente à medida que o parto se aproxima. Assim, no processo natural, a experiência do nascimento é um exemplo exagerado de algo que o bebê já conhece. Nesse intervalo de tempo que culmina com o nascimento o bebê reage, e o elemento importante é o ambiente; logo depois ocorre o nascimento, e em seguida há o retorno a um estado de coisas em que o elemento importante é o indivíduo, o que quer que isto significue. Na saúde o bebê está preparado antes do parto para uma certa intrusão ambiental, e já teve a experiência de um retorno natural da reação a um estado em que não é preciso reagir, sendo este último o único estado em que o eu pode começar a ser.

Esta é a descrição mais simples do processo do nascimento que me é possível fazer. Trata-se de uma fase temporária de reação, e portanto de perda de identidade, um exemplo importante de interferência no 'continuar a

1 Imagino que, se pudesse rescrever essa formulação em termos mais atuais, Winnicott teria usado o noção de 'sujeito' para falar dessa situação. O bebê que 'reage' (em vez de 'agir') não é, obviamente, o sujeito da situação. N.T.

suportar a reação por um período limitado de tempo. Existe uma relação muito clara entre a experiência do bebê e a experiência da mãe no que chamamos de ter o parto. Ocorre um estado durante o trabalho de parto em que a mãe, quando saudável, deve ser capaz de integrar-se ao processo, de forma quase idêntica à experiência do bebê naquele mesmo momento.¹

Faz parte desse sentimento de desesperança a intolerável experiência de sofrer o efeito de algo sem ter a mínima idéia de quando isto irá terminar. Um prisioneiro de guerra poderia dizer que a pior parte da sua experiência é a de não poder saber quando é que a prisão terá um fim. Isto pode tornar um período de três anos pior, enquanto dura, que uma sentença de vinte anos. É por esta razão, fundamentalmente, que a forma é tão importante na música. Através da forma, o fim está visível desde o início. Seria possível dizer que muitos bebês poderiam ser ajudados caso conseguíssemos informar-lhes, durante um parto prolongado, que o processo durará apenas um período de tempo limitado. O bebê, porém, não tem como compreender a nossa linguagem. Além disso falta-lhe algum precedente que ele pudesse utilizar, ou mesmo algum instrumento de medida. O bebê na idade de nascer tem um conhecimento rudimentar a respeito de intrusões que provocam reações, de modo que o processo normal do parto pode ser aceite por ele como mais um exemplo de algo que já aconteceu. Mas um parto difícil vai muito além de qualquer experiência pré-natal de intrusão provocadora de reações.

No caso de um certo paciente em cuja análise surgiu uma oportunidade muito favorável para observar o processo do nascimento, pois ele foi revivido diversas vezes, pude detectar cada um dos núcleos do ego à medida que ele surgia nas reações apropriadas a cada tipo de intrusão. Para mencionar alguns: o núcleo do trato urinário, o núcleo da emissão de flatulências, o núcleo anal, o núcleo epidérmico, da saliva, da testa, da respiração etc. Estas considerações talvez lancem luz sobre a dificuldade de descrever o ego traco do indivíduo imaturo, sabedores que somos da tremenda força de cada um desses núcleos do ego. O que é traca é a integração da organização do ego total.

No contexto atual muita coisa pode ser dita sobre o que acontece quando, dotado de uma organização egótica extremamente imatura, o bebê é obrigado a dar conta de um ambiente que insiste em ser importante. Pode ocorrer uma falsa integração que implica em alguma forma de pensamento abstrato, o que não é natural. Aqui também existem duas alternativas: No primeiro

¹ Atualmente dou a esse estado especial de sensibilidade da mãe o nome 'preocupação materna primária' (1957), (Ver Cap. XXIV.)

caso ocorre um desenvolvimento intelectual precoce. No segundo há um fra-casso no desenvolvimento do intelecto. Tudo o que ficar entre os dois extremos será inteiramente inútil. Esse desenvolvimento intelectual é um problema, pois deriva de um estágio demasiadamente precoce na história do indivíduo, sendo portanto patologicamente desvinculado do corpo e de suas funções bem como dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total.¹

Neste ponto é possível dizer que o bebê perturbado por uma imposição que o faz reagir é empurrado para fora do estado de 'ser'. Esse estado de 'ser' pode acontecer apenas sob certas condições. Ao reagir, o bebê não está 'sendo'. O ambiente que impõe não pode ser sentido pelo bebê como uma projeção de seus impulsos agressivos pessoais, pois neste estágio tal coisa ainda não faz qualquer sentido. Em minha opinião, um trauma (psicológico) do nascimento agudo pode dar lugar a uma condição que eu chamaria de paranóia congênita (embora não herdada). A observação de muitos bebês em minha clínica deu-me a impressão de que a base de uma paranóia grave pode estar presente imediatamente após o nascimento. Não posso ilustrar melhor esta minha idéia do que através do sonho de uma paciente (mulher, 28 anos, esquizofrênica com traços paranoídes) após ler o livro *O Trauma do Nascimento* de Otto Rank.

Ela sonhou que estava sob um monte de cascalho. Toda a superfície de seu corpo estava sensível a um grau difícil de imaginar. Sua pele estava toda queimada, o que lhe pareceu um modo próprio de descrever essa extrema sensibilidade e vulnerabilidade. Ela sabia que se alguém chegasse e fizesse qualquer coisa com ela, a dor, tanto física quanto psicológica, seria insuportável. Ela sabia o quanto seria perigoso se alguém aparecesse, retirasse o cascalho e fizesse algo com ela a fim de curá-la, e a situação era intolerável. Ela enfatizou que junto com isto havia sentimentos insuportáveis, comparáveis aos que ela sentiu quando tentou suicidar-se. 'Você não consegue suportar mais nada. Era o horror de simplesmente ter um corpo e uma mente que não agüenta mais. Era essa totalidade da coisa, a enormidade do que era preciso fazer que o tornava tão impossível. Se as pessoas apenas me deixassem em paz. Se elas apenas parassem de me perturbar.'

No entanto, o que aconteceu no sonho foi que apareceu alguém e derramou óleo sobre o cascalho, com ela ali dentro. O óleo atravessou o cascalho e cobriu a sua pele. Ela então foi deixada ali por três semanas, ao final das quais o cascalho já podia ser removido sem que ela sofresse dor, e quando o

¹ Esta idéia é desenvolvida mais detalhadamente no Cap. XIX, 'A Mente e sua Relação com o Psicossoma'.

removeram, sua pele havia sarado quase inteiramente. Havia, no entanto, uma pequena região ferida entre os seus seios, uma área triangular que o óleo não havia alcançado, e da qual saía algo como um pequeno pênis, ou um cordão. Essa parte também precisava ser tratada, e dói, é claro, mas era bastante suportável. Mas isto simplesmente não importava, alguém o arrancou fora e ponto final.

Temos aqui um grau de superposição sofisticada muito menor que nos sonhos da Srta. H. (p. 356), pois esta paciente é psicótica e não histérica. Por este motivo o afeto verdadeiro é evidente. A pessoa que compreendeu e verificou o óleo sobre a paciente fui eu, seu analista, e o sonho indicou um grau de confiança adquirido pelo modo como conduzi o tratamento. No entanto, o sonho em si mesmo foi uma reação a uma intrusão (a leitura do livro de Rank), e consequentemente a análise sofreu um recuo temporário.

A cabeça. No parto normal, a cabeça é o ponto mais avançado do bebê e faz o trabalho de dilatar os tecidos molsos da mãe. Isto pode permanecer na memória de vários modos. É possível que fique conservado como importante um modo de avançar que poderia ser descrito pelo termo 'reptation'. Esta é uma palavra extraída do livro *My Caves*, de Castaneda. O autor descreve as formas pelas quais ele passa por estreitos buracos ao explorar cavernas profundas. A técnica que ele chama de *reptation* caracteriza-se pelo fato de que nela os braços não têm qualquer utilidade, nem as mãos. Na verdade, o autor não consegue entender muito bem de que modo ocorre o deslocamento para a frente. A mim parece que nos três memônios de um parto normal não haveria qualquer sentimento de desamparo. O bebê sentiria que os movimentos natatórios, dos quais sabemos ser o feto capaz, e os movimentos que descrevi sob o termo *reptation*, produzem o deslocamento para a frente. O nascimento propriamente dito, num parto normal, poderia ser facilmente sentido pelo bebê como o resultado bem-sucedido do esforço pessoal devido a um *timing* razoavelmente acurado. Não creio que os fatos justifiquem a teoria segundo a qual no processo do nascimento haveria *essencialmente* uma situação em que o bebê se sentiria desamparado. É freqüente, no entanto, que o parto demorado produza justamente esse efeito, o desamparo, ou um sentimento de adiamento infinito.

Poderia muito facilmente ocorrer uma demora num momento em que há uma compressão em torno da cabeça, e estou definitivamente convencido de que um certo tipo de dor, claramente descrito como se houvesse uma faixa apertando a cabeça, por vezes deriva diretamente de sensações da época do nascimento recordadas somaticamente. No tratamento analítico essa faixa

ao redor da cabeça pode ser vista como vinculada a uma intrusão ambiental cujo fim é imprevisível. É possível conceber a existência de todo tipo de sensações não tão bem definidas, tais como ruídos, sangue subindo para a cabeça, uma sensação de congestão no alto da cabeça, e a sensação de que 'algo está escapando', como se o sangue estivesse se esvaindo. Esses e outros sintomas comuns ligados à cabeça no campo psicossomático relacionam-se ao delírio psicótico no qual ocorre uma descarga no alto da cabeça, e já tive informações sobre capacidades e capuzes importantes por fornecerem o resseguramento de que o eu não irá escapar pelo alto da cabeça. O escarpelamento tem um significado primário, não sendo um mero deslocamento da castrogação. Associadas a isto há todas as variantes para o tema dos chifres e dos cornos, que talvez tenham uma raiz importante na extensão para a frente da personalidade no processo do nascimento, em que o corpo empurra a si mesmo para a frente.

Aqui existe uma base para a fantasia de voltar ao interior da mãe de ponta-cabeça. Numa determinada análise, esse tema apareceu com toda a clareza. A paciente, segunda num par de gêmeas, não era esperada, e foi deixada sem cuidados por um bom tempo depois de nascer. Na análise houve um tempo em que o dilema da paciente era manter o relacionamento já conhecido ou tornar-se uma entidade separada sem que objeto externo algum se fizesse presente. A alternativa anterior proporcionava uma falsa relação objetiva, e era representada na análise, naquela época, pela compulsão de manter uma das mãos sobre a testa, sendo que a mão representava o corpo da mãe. Isto veio a misturar-se facilmente a uma espécie de falsa homossexualidade, na qual a paciente entrava dentro de uma mulher de ponta-cabeça. Obviamente, os braços tomavam-se aqui marcadamente inúteis. No primeiro sonho que trouxe, ela tentava realizar um intercuro sexual sem usar os braços, e o fato é que ela havia desenvolvido uma artrite reumatóide confinada inicialmente aos cotovelos e aos pulsos, de modo que os braços que para ela não tinham qualquer utilidade fundamental tomavam-se assim eliminados. Não é preciso dizer que o erotismo oral estava severamente inibido como parte do mesmo complexo, e ela já tinha providenciado a remoção de todos os seus dentes.

A identificação do corpo todo com o órgão genital masculino aparece freqüentemente nos tratamentos psicanalíticos. Não se deve esquecer de que pode haver para este fenômeno uma base na experiência do nascimento, na qual o corpo age como um todo, sem a ajuda dos braços e sem erotismo oral ou de qualquer outro tipo (exceto o dos músculos usados para nadar ou para

produzir o movimento de *repetition*). O corpo simplesmente avança através de um meio ambiente muito estreito.

O peito. As experiências relativas ao peito vêm em segundo lugar. Minha descrição pode ser dividida em três partes. Primeiro há a memória de uma contrição real por faixas colocadas em diversos níveis ao redor do peito. Essa contrição pode tornar-se desejada, algo encontrado em certas perverções, mas também em alguns detalhes comuns do vestuário. É possível dizer que um indivíduo com um forte traço memnônico de algo como uma contrição ao redor do peito preferiria uma contrição conhecida e controlável a continuar sofrendo com o delírio de uma contrição, cuja base é a memória de um aspecto do seu nascimento.

A segunda parte da descrição refere-se a funções. Descobri que os traços memnônicos de uma restrição à expansão do peito durante um parto traumático podem ser muito fortes, e um ponto importante a esse respeito é o contraste entre a atividade peitoral reativa e a atividade peitoral ligada a uma raiva verdadeira. Durante o processo do nascimento, em reação à contrição provocada pelos tecidos da mãe, o bebê deve realizar algo que seria (se houvesse ar à sua disposição) um movimento de *inspiration*. Após o nascimento, se tudo vai bem, o choro proclama a instauração da vivacidade por meio de uma *expiration*. Este é um exemplo, em termos de funções físicas, entre o reagir e o simples 'continuar sendo'. Quando ocorre um adiantamento e dificuldades excepcionais, a transição para o choro normal não é suficientemente definitiva, e o indivíduo fica um tanto confuso quanto à raiva e à sua expressão. A raiva reativa subtrai algo ao processo de estabilhecimento do ego. Já na forma do choro a raiva pode ser egossintônica desde muito cedo, uma função de expulsão com um objetivo muito claro, o de o indivíduo viver à sua própria maneira, e não reativamente.

O terceiro ponto a respeito do peito e do nascimento é a simples sensação de que falta algo, uma falta que pode ser aliviada se a respiração pudesse funcionar livremente. Num caso com um histórico de placenta prévia, com um longo adiantamento do parto e uma significativa asfixia, a paciente, já aos seis anos de idade, queixava-se constantemente de 'falta de oxigênio'. Ela já sentia anteriormente que ao ar parecia faltar algo, e quando ouviu falar a respeito do oxigênio passou a usar a idéia imediatamente. Esse sentimento persistiu como um sintoma muito importante. A experiência real da dificuldade de respirar durante o processo do nascimento não deve ser esquecida, a meu ver, quando pesquisamos as várias origens de distúrbios respiratórios e de perversões que incluem a obstrução da respiração. O desejo de ser sufocado pode ser extremamente forte, manifestando-se em fantasias masturbatórias

Conclusões

A fim de preservar um modo de vida pessoal já no início, o indivíduo precisa que as intrusões provocadoras de reações sejam mínimas. Todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do sentimento de continuidade da existência pessoal. A saúde mental do indivíduo é fundada pela mãe que, por devotar-se ao seu bebê, pode adaptar-se ativamente a ele. Isto pressupõe um estado básico de relaxamento na mãe, e também uma compreensão do modo de vida individual do bebê, e isto também deriva de sua capacidade de identificar-se com ele. Esse relacionamento entre a mãe e o bebê inicia-se antes de o bebê nascer, e em alguns casos continua durante o nascimento e mesmo depois. Do modo como eu o vejo, o trauma do nascimento rompe o 'continuar a ser' do bebê, e quando essa ruptura é significativa, os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego. Na maioria dos casos o trauma do nascimento é, portanto, apenas ligeiramente importante, determinando em boa parte o anseio do indivíduo por nascer de novo. Em alguns casos esse fator adverso é tão intenso que o indivíduo não tem qualquer chance (salvo ao renascer no decorrer da análise) de fazer progressos em seu desenvolvimento emocional, mesmo que as condições externas subsequêntes sejam extremamente favoráveis.

Ao considerarmos a questão teórica da origem da ansiedade, estaremos dando um passo em falso se vincularmos um fenômeno tão universal quanto

Visto que a ansiedade é um fenômeno universal, não se pode correlacioná-la com um tipo especial de nascimento, a saber, o nascimento traumático. É possível que a chave para o tão conhecido fato de que existe uma relação clínica entre manifestações de ansiedade e alguns detalhes do trauma do nascimento seja a de que este fenômeno determina o padrão dos sentimentos de perseguição posteriores. Desta forma, o trauma do nascimento estabelece *de modo indireto* a maneira pela qual a ansiedade se manifesta em certos casos. Um produto secundário desta teoria é o de que ela permite examinar a tão comum paranoia congênita (mas não herdada). O ponto que desejo ressaltar está contido nos títulos dos dois artigos de Phyllis Greenacre, bem como em seus textos. Ela escreve sobre a predisposição para a ansiedade. No entanto, ela não afirma exatamente que a experiência do nascimento traumático determina o padrão da disposição paranóide. Dito de outro modo, se aceitarmos a teoria de Melanie Klein sobre a ansiedade paranóide, pela qual obtém-se alívio na análise somente através da aceitação integral, por parte do paciente, do sadismo oral e da ambivalência em relação ao objeto bom, é preciso considerar o que fazer quanto aos tão frequentes casos em que a história da paranoia tem origem no nascimento. Minha sugestão, baseada na minha experiência psicanalítica, é a de que em certos casos em que a história retrocede até o nascimento há uma predisposição tão forte para as idéias persecutórias (bem como para um padrão organizado para a perseguição), que nesses casos a paranoia provavelmente não deriva do sadismo oral. Ou seja, a meu ver existem certos casos de paranoia latente nos quais a análise da paranoia em termos da recuperação do sadismo oral em sua extensão total não acarreta a resolução completa, pois existe para além disso a necessidade de uma revivência da experiência traumática do nascimento no interior do contexto analítico. É preciso que um fator ambiental de lugar a outro.

Permitam-me esclarecer bem este ponto. Nenhum caso de paranoia pode ser analisado simplesmente possibilitando ao paciente reviver o trauma do nascimento. Estou sugerindo apenas que numa certa percentagem de casos de paranoia há esse fato adicional, de que o nascimento foi traumático, imprimindo no bebê um padrão de expectativa de interferência em seu 'ser' básico. É provável que, com mais experiência, se possa selecionar esses casos dentre os outros casos de paranoia, de acordo com o seu quadro clínico e também a partir de uma anamnese muito cuidadosa.

Por outras vias, encontro uma ligação entre o trauma do nascimento e os distúrbios psicossomáticos, especialmente certas dores de cabeça e problemas respiratórios de vários tipos. Neste caso, é possível dizer que o trauma do nascimento pode influenciar os padrões da hipococondria.

a ansiedade com um caso especial do nascimento, ou seja, o nascimento traumático. Seria lógico, no entanto, tentar relacionar a ansiedade com a experiência do nascimento *normal*, mas deixo aqui a sugestão de que não sabemos o suficiente, por enquanto, sobre a experiência do nascimento do ponto de vista do bebê para podermos dizer que existe um íntimo relacionamento entre a ansiedade e o nascimento normal não-traumático. As experiências de um nascimento traumático, a meu ver, determinam não tanto os padrões da ansiedade subsequente quanto determinam os padrões da subsequente perseguição.

Recapitulando

O estudo do trauma do nascimento é importante por direito próprio. As chaves para a compreensão da psicologia do bebê, incluindo o trauma do nascimento, devem originar-se das experiências psicanalíticas onde a regressão é uma característica. Este método deve ter prioridade sobre a compreensão intuitiva e também sobre o estudo objetivo de bebês e da relação mãe-bêbê em seus estágios iniciais.

Quando o material ligado ao nascimento aparece na análise de modo significativo, o paciente está com certeza apresentando outras indicações de seu estado extremamente infantil. Uma criança pode brincar de um modo que contém simbolismos ligados ao nascimento, assim como um adulto relaciona frequentemente fantasias que conscientemente ou não relacionam-se com o nascimento. Mas isto *não é* a mesma coisa que a atuação de traços mnemônicos derivados das experiências do nascimento, aquelas que fornecem material para o estudo do trauma do nascimento. São os pacientes psicóticos os que tendem a reviver esses fenômenos infantis precoces, passando ao largo de fantasias que se expressam por símbolos.

Formulei a idéia de uma *experiência normal do nascimento*, não-traumática. Contudo, não me é possível prová-la. No entanto, a fim de esclarecer minhas idéias assumi a existência de uma experiência do nascimento normal, e inventei duas gradações para o nascimento traumático, sendo uma delas muito comum, cujos efeitos podem ser amplamente anulados por um bom manejo subsequente, e a outra sendo definitivamente traumática, difícil de contrabalançar mesmo pelo mais cuidadoso manejo, e deixando sua marca permanente no indivíduo.

Se estas proposições forem consideradas legítimas, seguir-se-ão algumas consequências teóricas.

Uma afirmação positiva pode ser feita agora. Freud reconhece uma continuidade entre a vida intra-uterina e a vida após o parto. Creio que não estamos em condições de saber até que ponto ele teria podido sustentar esse lampejo intuitivo proveniente de seu trabalho analítico. Durante a observação muito detalhada e muito de perto de um determinado caso, fiquei satisfeito com a minha conclusão de que o paciente trouxe para dentro da sessão analítica, sob certas condições muito especializadas, uma regressão de parte do seu eu para um estado intra-uterino. Num caso deste tipo, o vai-e-vem da existência extra-uterina para a intra-uterina e vice-versa envolve experiências que pertencem ao nascimento, e foi preciso discriminar entre estas e as fantasias geralmente mais importantes e mais frequentes sobre entrar e sair do corpo da mãe e de dentro do mundo interno do próprio paciente.

É possível assumirmos com certeza que a partir da concepção o corpo e a psique desenvolvem-se juntos, a princípio fundidos, e gradualmente tornando-se distinguíveis um do outro. Seria certamente possível dizer da psique (independentemente do soma) que antes do nascimento existe um estado implícito no nascimento não excede o nível de reação para o qual o feito já se encontra preparado.

Acredita-se geralmente que a nova experiência da respiração deva ser traumática. É mais provável que a demora da respiração associada ao parto prolongado forneça o fator traumático, mais do que o início da respiração em si mesmo. Minha experiência psicanalítica leva-me a pensar que não é necessariamente verdade que o início da respiração seja significativo em todos os casos. Parece-me que *é em relação à linha de fronteira entre as fases de reação intolerável que o intelecto começa a funcionar como algo distinto da psique*. É como se o intelecto colecionasse as intrusões as quais foi necessário reagir e as guardasse detalhadamente e em sequência, protegendo desta forma a psique até que seja restabelecido o estado de continuar a ser. Numa situação mais especificamente traumática o intelecto desenvolve-se excessivamente, e pode mesmo tornar-se aparentemente mais importante que a psique, e depois do nascimento pode continuar a esperar e mesmo ir de encontro às perseguições, a fim de colecioná-las e preservá-las ainda no intuito

de proteger a psique. O valor dessa defesa fica demonstrado quando o indivíduo por fim busca a análise, pois no contexto analítico descobrimos que perseguições primárias cuidadosamente colecionadas podem ser relembradas. Quando isto finalmente acontece, o paciente pode dar-se ao luxo de esquecê-las.

Devo à Dra. Margaret Little a observação de que desta maneira podemos compreender o modo pelo qual na parâmbia uma série de perseguições dispersas integram-se e organizam-se como acontece no quadro clínico comum. A organização é realizada pelo intelecto do indivíduo a fim de defender a psique, e é por esta razão que a organização das perseguições esparsas é ela própria defendida vigorosamente.

Um corolário disto tudo é o de que em certos casos há uma tal confusão de perseguições, que o próprio intelecto fracassa em organizá-las e mantê-las em sequência, e nestes casos, em vez de um incremento da capacidade intelectual, encontramos clinicamente uma aparente deficiência mental, apesar de o tecido cerebral ter-se desenvolvido normalmente.

Seria possível ir adiante neste tema com a descrição de sensações físicas ligadas ao trauma do nascimento, que aparecem na sintomatologia psicossomática comum. O ponto importante, todavia, é o de que *para o paciente enquanto indivíduo o padrão é cuidadosamente estabelecido*, e também o de que a revivência que pode ocorrer dentro do tratamento psicanalítico obedece a uma sequência definida no tempo. Em cada análise desse tipo, tomamos conhecimento das sensações e de sua sequência na forma especificamente pertencente a cada paciente individual.

Uma questão de importância prática em conexão com este assunto é o fato de que *é possível lidar com um aspecto de cada vez, enquanto dois ou mais fatores ao mesmo tempo geram confusão*. Um dos princípios mais importantes da técnica psicanalítica é o de que o contexto é fornecido a fim de que o paciente possa lidar com uma coisa de cada vez. Nada é mais importante em nosso trabalho do que a tentativa de perceber qual é *a coisa específica* que o paciente traz para ser interpretada ou revivida a cada sessão. Um bom analista limita as suas interpretações e seus atos ao elemento exato trazido pelo paciente. Não é boa a prática de interpretar tudo aquilo que se acredita haver compreendido, agindo a partir das próprias necessidades, e desse modo jogar fora a tentativa do paciente de sair-se bem, lidando com uma coisa de cada vez. Parece-me que este princípio é tão mais importante quanto mais avançamos rumo ao início da vida. A integração da psique imatura na

época do nascimento pode ser fortalecida pelas experiências, mesmo que se trate de uma reação à intrusão, desde que esta não dure tempo demais. Duas intrusões, no entanto, exigem duas reações, e isto corta a psique em duas. O esforço do ego que descrevi acima é uma tentativa de manter as intrusões a distância por meio da atividade mental, permitindo que as reações a elas se dêem uma de cada vez sem ocorrer a desorganização da psique. Tudo isto pode ser muito claramente demonstrado no tratamento analítico, desde que sejamos capazes de seguir o paciente para trás no desenvolvimento emocional tanto quanto ele precisa ir, pela regressão à dependência, a fim de alcançar o momento anterior àquele em que as intrusões tornaram-se múltiplas e impossíveis de controlar.

Por fim, repito que *nao existe análise baseada exclusivamente no tratamento do trauma do nascimento*. Para chegar a esses estágios primitivos, é preciso que tenhamos mostrado ao paciente a nossa competência em todo o espectro da compreensão psicanalítica comum. E mais: quando um paciente que esteve inteiramente dependente começa a progredir novamente, será necessário que o analista compreenda muitíssimo bem a posição depressiva, e também o desenvolvimento gradual rumo à primazia do genital, bem como da dinâmica dos relacionamentos interpessoais, tanto quanto o anseio por alcançar a independência a partir da dependência.

O manejo de um psicótico é inevitavelmente irritante, e aqui não me refiro ao tratamento psicanalítico. De tempos em tempos tenho feito críticas contundentes às atuais tendências da psiquiatria, com seus choques elétricos fáceis demais e suas leucotomias drásticas demais (Winnicott, 1947, 1949). Justamente em razão dessas críticas por mim expressas, gostaria de ser o primeiro a reconhecer a extrema dificuldade inerente ao trabalho do psiquiatra, e especialmente da enfermagem psiquiátrica. Os pacientes insanos representam sempre uma pesada carga emocional para os que deles cuidam. Devemos perdurar aos que se envolvem com esse tipo de trabalho por fazerem coisas horribles. Isto não significa, todavia, que devemos aceitar qualquer coisa que os psiquiatras e os neurocirurgiões façam como sendo legítimas do ponto de vista da ciência.

Portanto, ainda que a presente reflexão reflita-se à psicanálise, ela é verdadeiramente importante para o psiquiatra, mesmo para aquele cujo trabalho

NO PRESENTE TRABALHO, gostaria de examinar um dos aspectos do tema ambivalência, a saber, o ódio na contratransferência. Creio que a tarefa do analista (chamemo-lo analista pesquisador) que assume a análise de um psicótico é intensamente afetada por esse fenômeno, e que a análise de pacientes psíquicos revela-se impossível a não ser que o ódio do próprio analista esteja muitíssimo discernível e consciente. Isto equivale a dizer que o analista deve ser ele mesmo analisado, mas implica também em afirmar que a análise de um psicótico é irritante, se a compararmos com a de um neurótico, e que isto lhe é inerente.

O Ódio na Contratransferência (1947)¹

Capítulo XV

¹ Baseado num trabalho apresentado à British Psycho-Analytical Society em 5 de fevereiro de 1947. Publicado no *Int. J. of Psycho-Analysis*, vol. XXX, 1949.

lho jamais o leva a estabelecer um relacionamento do tipo analítico com os seus pacientes.

A fim de ajudar aos que praticam a psiquiatria geral, o psicanalista deve estudar os estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo enfermo, mas deve estudar também a natureza da carga emocional que recai sobre o psiquiatra ao fazer o seu trabalho. O que nós psicanalistas chamamos de contratransferência é algo que precisa ser compreendido também pelos psiquiatras. Por mais que estes amem os seus pacientes, não podem evitar odiá-los e temê-los, e quanto melhor eles o souberem mais difícil será para o medo e o ódio tornarem-se os motivos determinantes do modo como eles tratam esses pacientes.

É possível classificar os fenômenos contratransferenciais da seguinte maneira:

1. Anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista. O comentário a esse respeito é o de que o analista precisa de mais análise, e costumamos acreditar que trata-se de um problema menos grave entre os psicanalistas do que entre os psicoterapeutas em geral.
2. As identificações oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem as bases positivas do seu trabalho analítico e tornam esse trabalho diferente do de outros analistas.
3. Destes dois tipos de fenômeno eu distingo a contratransferência verdadeira-mente objetiva ou, se isto for difícil, o amor e o ódio do analista em reação à personalidade e ao comportamento reais do paciente, com base numa observação objetiva.

Sugiro que se um analista propõe-se a analisar pacientes psicóticos ou anti-sociais ele deve estar tão profundamente consciente de sua contratransferência, que lhe seria possível identificar e examinar as suas reações *objetivas* ao paciente. Estas incluem o ódio. Fenômenos contratransferenciais representarão, em certos momentos, o elemento central da análise. Gostaria de sugerir que o paciente reconhece no analista apenas o que ele mesmo é capaz de sentir. Quanto às motivações: um *obsessivo* tenderá a pensar que o analista faz o seu trabalho de modo obsessivamente vazio. Um *hipomaniaco*, incapaz de sentir-se deprimido a não ser por uma guinada extrema do humor, e em cujo desenvolvimento emocional a posição depressiva não foi alcançada com toda a solidez, não sendo portanto capaz de sentir culpa, responsabilidade e concernimento de modo profundo, não conseguirá perceber que o trabalho do analista tem por objetivo fazer reparações a

respeito de seus próprios sentimentos de culpa (do analista). Um paciente *neurotico* tenderá a ver no analista uma ambivalência em relação a ele (paciente), e a esperar por uma cisão entre o amor e o ódio do analista. Esse paciente, se tiver sorte, recebe o amor porque alguma outra pessoa está recebendo o ódio. Assim sendo, não é óbvio que se um paciente *psicótico* encontra-se num estado de 'amor e ódio coincidentes' ele terá a profunda convicção de que o analista só é capaz de relacionar-se com ele a partir desse mesmo fenômeno brutal e perigoso de 'amor e ódio coincidentes'? Neste caso, se o analista demonstrar amor ele certamente matará o paciente no mesmo instante.

A coincidência de amor e ódio é algo que sempre aparece característica-mente na análise de psicóticos, dando margem a problemas de manejo que podem facilmente exigir do analista mais do que ele pode dar. Essa coincidência de amor e ódio à qual me refiro é algo distinto da agressividade que complica o impulso do amor primitivo, e implica em que na história desse paciente ocorreu um fracasso do ambiente à época dos primeiros impulsos instintivos em busca do objeto.

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é *legítimo* nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação.

A fim de nos tornarmos capazes de analisar pacientes psicóticos, devemos alcançar em nossas análises os níveis mais primitivos em nós mesmos, e este é apenas mais um exemplo de que as respostas para muitos problemas obscuros da prática psicanalítica encontram-se na análise adicional do psicanalista. (A pesquisa em psicanálise seria, talvez, em algum grau, uma tentativa do analista de levar a sua própria análise a um nível mais profundo que aquele que lhe foi possibilitado pelo seu analista.)

Uma das tarefas mais importantes na análise de qualquer paciente é a de manter a objetividade em relação a tudo aquilo que o paciente traz, e um caso especial desse tema é a necessidade de o analista ser capaz de odiar o paciente objetivamente.

É não é que realmente existem muitas situações em nosso trabalho normal nas quais nosso ódio se justifica? Durante vários anos senti que um de meus pacientes, um obsessivo muito grave, era praticamente insuportável. Eu me sentia muito mal em relação a isto até que a análise deu uma guinada e passou a ser possível gostar dele, e então eu me dei conta de que o fato de que era impossível sentir amor por ele era na verdade um sintoma inconsciente.

mente determinado. Foi realmente um dia maravilhoso para mim, quando pude contar a ele (muito tempo depois) que eu e seus conhecidos o detestávamos, mas que ele estava muito doente para que lhe dissessemos isso. Esse dia foi importante para ele também, representando um tremendo avanço em seu ajustamento à realidade.

Nas análises mais comuns não é difícil para o analista administrar o seu próprio ódio. Esse ódio mantém-se latente. O ponto importante aqui, obviamente, é que através de sua própria análise o analista tenha se livrado de amplos estíques de ódio inconsciente pertencente ao passado e aos seus conflitos internos. Há outras razões pelas quais o ódio permanece oculto e mesmo despercebido enquanto tal:

A psicanálise é a profissão que escolhi, e o modo pelo qual posso lidar melhor com a minha própria culpa, é através dela que posso expressar-me da maneira mais construtiva.

Sou pago, ou estou em formação a fim de conquistar um lugar na sociedade através do meu trabalho psicanalítico.

Estou fazendo descobertas.

Tenho gratificações imediatas ao identificar-me com meu paciente que está melhorando, e espero gratificações ainda maiores no futuro, quando o tratamento terminar.

Além do mais, enquanto analista, eu tenho meios de expressar meu ódio. O ódio é expresso pela existência do final da 'sessão'.

Acredito que isto é verdade mesmo quando não ocorre dificuldade alguma e o paciente fica contente em ir embora. Em muitas análises tudo isto é óbvio, e portanto poucas vezes mencionado, e o trabalho da análise se faz por meio de interpretações verbais da transferência que emerge do inconsciente do paciente. O analista assume o papel de uma ou outra figura confiável da infância do paciente. Ele fatura o sucesso daqueles que fizeram o trabalho bruto, quando o paciente era um bebê.

Tudo isto faz parte da descrição do trabalho psicanalítico rotineiro, que na maioria dos casos lida com pacientes cujos sintomas são de natureza neurológica. Na análise de psicóticos, porém, o analista está sujeito a uma tensão cuja qualidade e dimensão são inteiramente diferentes, e é precisamente essa diferença que estou procurando descrever.

1 Relembrando: Este trabalho é de 1947. Foi só em 1952 que a idéia do falso-eu, que põe em questão a idéia mesma de um "ajustamento à realidade", tornou-se clara para Winnicott ("Psychose e Cuidados Maternos", apresentado em março de 1952) (embora em "A Reparação Relativa à Defesa Organizadora da Mãe contra a Depressão", de 1948, já seja possível vislumbrar seus primórdios) N.T.

Recentemente ocorreu que, durante alguns dias, tive a sensação de estar trabalhando mal. Cometi erros a respeito de cada um de meus pacientes. A dificuldade era minha, e era em parte pessoal, mas estava associada em sua maior parte a um clima ao qual eu havia chegado com uma de minhas pacientes psicóticas (de pesquisa). A dificuldade esclareceu-se quando tive um sonho que chamamos de 'curativo'. (Diga-se de passagem que durante a minha análise e nos anos seguintes ao seu término tive uma longa série desses sonhos 'curativos', que apesar de serem muitas vezes desconfortáveis, marcaram cada um a minha chegada a um novo patamar de desenvolvimento emocional.)

Nesse episódio específico percebi o significado do sonho assim que acordei, ou talvez mesmo antes de acordar. O sonho tinha duas fases. Na primeira fase eu estava no alto da galeria de um teatro, olhando para as pessoas na plateia muito lá embaixo. Senti uma forte ansiedade, como se fosse perder um dos membros. Isto associava-se à sensação que tive no alto da Torre Eiffel, de que se eu pusesse minha mão para fora da amurada ela cairia ao solo distante. Esta seria uma ansiedade de castração comum.

Na fase seguinte do sonho percebia que as pessoas na plateia estavam assistindo a uma peça, e eu me conectava através delas com o que ocorria no palco. Surgiu um novo tipo de ansiedade. O que eu sabia era que simplesmente não tinha o lado direito do corpo. Este não era um sonho de castração. Tratava-se da sensação de não ter aquela parte do corpo.

Quando acordei, percebi que eu havia compreendido num nível muito profundo qual era a minha dificuldade naquele momento específico. A primeira parte do sonho representava as ansiedades comuns que podem surgir a respeito de fantasias inconscientes dos meus pacientes neuróticos. Eu cortia o risco de perder minha mão ou meus dedos, se esses pacientes viessem a se interessar por eles. Com esse tipo de ansiedade eu já estava acostumado, e era comparativamente tolerável.

A segunda parte do sonho, porém, referia-se ao meu relacionamento com a paciente psicótica. Essa paciente exigia que eu não me relacionasse de modo algum com seu corpo, nem mesmo na imaginação. Ela não tinha um corpo reconhecido como seu, e se de algum modo ela existia, era-lhe possível sentir a si mesma apenas como uma mente. Qualquer referência ao seu corpo provocava ansiedades paranoídes, porque afirmar que ela tinha um corpo equivalia a persegui-la. O que ela precisava de mim era que eu tivesse apenas uma mente falado com a sua mente. No auge da minha dificuldade na noite anterior ao sonho, eu fiquei irritado e disse a ela que o que ela precisava de mim não passava de minharas. A consequência foi desastrosa, e vá-

rias semanas se passaram até que a análise recuperou-se do meu erro. O ponto crucial, entretanto, era o de que eu tinha que compreender a minha própria ansiedade, e esta estava representada em meu sonho pela ausência do lado direito do meu corpo no momento em que tentei entrar em contato com a peça que as pessoas da plateia assistiam. Esse lado direito do meu corpo era o lado que tinha uma ligação com essa paciente específica, sendo consequentemente afetado por sua necessidade de negar totalmente até mesmo uma relação imaginária entre os nossos corpos. A negação estava provocando em mim essa ansiedade de tipo psicótico, muito menos tolerável que a ansiedade de castração comum. Fosse quais fossem as outras interpretações cabíveis a esse sonho, a consequência de eu tê-lo sonhado e tê-lo recordado foi a de me ser possível retomar essa análise e fazer com que se recuperasse do dano causado pela minha irritação, cuja origem era uma ansiedade reativa de um tipo compatível com esse contato com uma paciente que não tinha corpo. O analista deve estar preparado para suportar a tensão sem esperar que o paciente saiba coisa alguma sobre o que ele está fazendo, talvez por um longo período de tempo. Para consegui-lo ele deve ter facilidade em dar-se conta de seu medo e de seu ódio. Ele se encontra na mesma posição da mãe de um bebê recém-nascido ou ainda não nascido. Mais cedo ou mais tarde poderá contar ao paciente por que coisas ele passou a fim de ajudá-lo (ao paciente), mas nem sempre as análises conseguem chegar a esse ponto. Em certos casos o paciente teve tão poucas experiências positivas em seu passado que não há muito sobre o que trabalhar. O que acontece quando não houve experiências satisfatórias no início da vida que o analista possa utilizar na transferência?

Há uma enorme diferença entre os pacientes que tiveram experiências positivas no início, pois estas podem ser descobertas na transferência, e aqueles cujas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. No tratamento de pacientes deste último tipo, muitas coisas normais da técnica analítica tornam-se de importância vital, coisas que passaram por óbvias no tratamento de pacientes do tipo anterior.

Perguntei a um colega se ele fazia análise no escuro, e ele disse: 'Ora, não! Nosso trabalho consiste certamente em proporcionar um ambiente comum, e a escuridão seria um elemento singular.' Ele ficou surpreso com a minha pergunta. Sua orientação dirigia-se à análise da neurose. No entanto,

1 Não fossem as inevitáveis ressonâncias do termo, eu teria traduzido aqui a palavra 'ordinary' por 'normal'. N.T.

essa provisão e manutenção de um ambiente rotineiro pode ser em si mesma de importância vital na análise de psicóticos, e de fato pode revelar-se, por vezes, mais importante até que as interpretações verbais que também devem ser feitas. Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem simbolizar o amor da mãe. Para o psicótico seria mais correto dizer que essas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista. É assim por diante.

Espero que esteja havendo uma progressão no modo como formulo a questão. O ódio do analista fica em geral latente, e pode continuar assim com muita facilidade. Na análise de psicóticos o analista encontra-se sob uma pressão muito maior para manter o seu ódio latente, e só poderá fazê-lo se estiver plenamente consciente do mesmo. Gostaria de acrescentar que em certos estágios de certas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário expressar um ódio que seja objetivo. Quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo.

Aqui seria talvez relevante mencionar os casos de crianças que vêm de lares destituidos ou que não têm pais. Uma criança nessas condições vive inconscientemente em busca de seus pais. A ideia de levar uma criança dessas para casa e amá-la é notoriamente inadequada. Ocorre que após algum tempo a criança assim adotada readquire a esperança, e passa a testar o ambiente por ela encontrado a fim de reunir provas de que os que dela cuidam são capazes de odiar objetivamente. Ao que parece, a criança poderá acreditar que é amada somente depois que conseguir sentir-se odiada.

Durante a Segunda Guerra Mundial um menino de nove anos foi internado numa instituição para crianças, tendo sido mandado para fora de Londres não em razão das bombas mas por vadiagem. Eu esperava poder tratá-lo minimamente durante a sua estada na instituição, mas seus sintomas venciam e ele fugiu, como sempre fez em todos os lugares desde que fugira de casa aos seis anos. No entanto, eu havia estabelecido um contato com ele numa dada entrevista, em que pude perceber e interpretar através de um desenho seu que, ao fugir, ele estava inconscientemente tentando salvar o interior de seu lar e protegendo a sua mãe de ser agredida, ao mesmo tempo em que procurava fugir de seu mundo interno cheio de perseguidores.

Não fiquei muito surpreso quando ele apareceu na delegacia de polícia mais próxima à minha casa. Essa era uma das poucas delegacias em que ele ainda não era um velho conhecido. Minha esposa trouxe-o para casa gentilmente e o manteve conosco por três meses, três meses de inferno. Ele era a

Ele tenta machucá-la, volta e meia a morde, e tudo por amor.

Ele se decepciona com ela.

Seu amor excitado é um 'amor de tigela', significando 'amor interessseiro', de modo que ao conseguir o que queria ele a joga fora como uma casca de laranja.

No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve

fluir no ritmo dele, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo.

Por exemplo, ela não deve ficar ansiosa quando o segura etc.

No início ele não faz idéia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela sacrificaria por ele. É impossível para ele suportar principalmente o seu ódio.

Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo.

Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: 'Não é uma gracinha?'

Se ela falha com ele no início, sabe que ele se vingará para sempre.

Ele a excita mas a frustra — ela não pode devorá-lo nem fazer sexo com ele.

Creio que na análise de psicóticos e nas últimas fases da análise de pacientes normais o analista irá encontrar-se numa posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido. Numa regressão profunda o paciente não tem como identificar-se com o analista ou apreciar o seu ponto de vista, da mesma forma que um feto ou um bebê recém-nascido é incapaz de sentir

simpatia pela mãe.

A mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem

fazer nada a esse respeito. Ela não pode expressá-lo para ele. No caso de temer a sua própria reação, ela não conseguirá odiar adequadamente quando machucada, e poderá cair no masoquismo, e a meu ver é isto que leva à falsa

teoria de um masoquismo natural às mulheres. O ponto mais interessante a respeito da mãe é a sua capacidade de ser tão agredida e sentir tanto ódio por

seu bebê sem vingar-se dele, e sua aptidão para esperar por recompensas que podem vir ou não muito mais tarde. Quem sabe recebe alguma ajuda das can-

ções de ninar que ela canta e que felizmente o bebê não pode compreender?

'Rockabye baby, on the tree top,

When the wind blows the cradle will rock,

When the bough breaks the cradle will fall,

Down will come baby, cradle and all.'

Nana nemém no galho lá em cima,

Se o vento sopra o berço se inclina,

Se o galho se parte o berço despenca,

O bebê cai no chão e o berço arrebenta.

Penso na mãe (ou no pai) brincando com o bebê. O bebê adora a brincadeira, e não sabe que o pai ou a mãe estão expressando ódio com suas palavras, por vezes em termos de símbolos ligados ao nascimento. Não se trata de uma canção sentimental. O sentimentalismo não tem utilidade para os pais, pois consiste numa negação do ódio, e do ponto de vista do bebê o sentimentalismo na mãe é muito prejudicial.

Não creio que uma criança humana ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar. Se isto é verdade, não podemos esperar que um paciente psicótico em análise consiga tolerar o seu ódio pelo analista a não ser que o analista possa odiá-lo.

Se tudo isto for aceito, fica para ser discutida a questão de como interpretar o ódio do analista pelo paciente. Trata-se obviamente de um problema que implica em perigo, exigindo o mais cuidadoso *timing* possível. Creio, porém, que uma análise permanecerá incompleta, enquanto mesmo em sua última fase não seja possível ao analista contar ao paciente o que ele, analista, fez sem que o paciente soubesse, por estar tão doente nas fases iniciais. Enquanto esta interpretação não for feita, o paciente permanecerá de algum modo na condição de uma criança — incapaz de entender o que ela deve à sua mãe.

O analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Deve reconhecer que os desejos do paciente são necessidades. Deve deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível e ser pontual e objetivo. E deve parecer querer dar o que na verdade precisa ser dado apenas em razão das necessidades do paciente.

Pode ocorrer um longo período inicial no qual o ponto de vista do analista não poderá ser apreciado (mesmo inconscientemente) pelo paciente. Não é possível esperar por reconhecimento porque, na primitiva raiz do paciente que está sendo pesquisada, não existe a capacidade para a identificação com o analista. E obviamente está fora do alcance do paciente perceber que o ódio do analista é muitas vezes deflagrado precisamente por aquilo que o paciente faz a partir de seu modo bruto de amar.

Na análise (de pesquisa) ou no manejo rotineiro de pacientes de tipo psicótico, uma forte tensão é imposta ao analista (psiquiatra, enfermeira psiquiátrica), tornando importante o estudo dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes psiquiátricos gravemente doentes. Somente desta maneira poderemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente.

Antes da integração da personalidade, já lá está a agressividade. O bebé dá pontapés dentro do útero: não se pode dizer que ele esteja abrindo o caminho para fora a pontapés. Um bebé de poucas semanas agita os braços: não se pode dizer que ele esteja querendo golpear. O bebé mastiga os mamilos com suas gengivas: não se pode dizer que ele esteja pretendendo destruir ou machucar. Em suas origens, a agressividade é quase sinónimo de atividade: trata-se de uma função parcial.

São essas funções parciais que aos poucos organizam-se na criança à medida que esta se torna uma pessoa, transformando-se em agressividade. Na doença o paciente apresenta atividades e agressividade não inteiramente intencionais. A integração da personalidade não é alcançada num determinado dia ou numa determinada época. Ela vem e vai, e mesmo quando alcançada em alto grau pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa. Ainda assim, o comportamento intencional surge em algum momento, quando há saúde. Na medida em que um comportamento é proposital, a agressividade é intencional. Surge aqui imediatamente a fonte da agressividade — a experiência instintiva. A agressividade faz parte da expressão primitiva de amor. Cabe aqui uma descrição do problema em termos de oralidade, visto que estou examinando os primeiros impulsos do amor.

O erotismo oral atrai para si componentes agressivos, e na saúde é o amor oral que leva consigo a base para a parte maior da agressividade real — ou seja, a agressividade deliberada do indivíduo, sentida como tal pelos que estão à sua volta.

Todas as experiências são tanto físicas quanto não-físicas. As idéias acompanham e enriquecem as funções corporais, e estas acompanham e *realizam* a ideação. É preciso dizer também a respeito do somatório de idéias e memórias que este gradualmente divide-se numa parte que permanece acessível à consciência, uma parte que só está acessível à consciência em certas circunstâncias, e uma parte que se encontra no inconsciente reprimido, inacessível devido a afetos intoleráveis.

Estou consciente de que desta forma misturei os fenômenos da agressividade manifesta e do impulso agressivo. No entanto, sinto que um não pode ser estudado sem o outro. Nenhum ato de agressão pode ser compreendido em sua totalidade como um fenômeno isolado. De fato, o estudo de qualquer ato de uma criança implica na consideração dos seguintes aspectos:

- 1 Atualmente eu vinculo essa idéia à da mortilidade (cf. Marty et Fain, 1955).
- 2 De acordo com a expressão de Sechehaye: "realização simbólica".

Capítulo XVI

A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional (1950-55)

I

Contribuição a um simposio¹

A IDÉIA CENTRAL por trás deste estudo da agressividade é a de que, se a sociedade encontra-se em perigo, não é por causa da agressividade do homem, mas em consequência da repressão da agressividade pessoal nos indivíduos.

O estudo da psicologia da agressividade coloca uma forte pressão sobre o estudioso pela seguinte razão: numa psicologia total, ser roubado é o mesmo que roubar, e é tão agressivo quanto. Ser fraco é tão agressivo quanto o ataque do forte ao fraco. Assassinato e suicídio são fundamentalmente a mesma coisa. E o mais difícil de tudo isso, possuir é tão agressivo quanto apoderar-se vorazmente. Na verdade, o possuir e o apossar-se formam uma unidade psicológica, cada qual ficando incompleto sem o outro. Isto não implica em dizer que possuir e adquirir sejam bons ou maus.

Estas são considerações dolorosas, pois dirigem a nossa atenção para certas dissociações ocultas dentro do que é socialmente aceito na atualidade. Mas não é possível mantê-las fora de um estudo da agressividade. Ao mesmo tempo, a base para o estudo da agressividade real deve ser o estudo das raízes da intenção agressiva.

- 1 Simposio com Anna Freud, realizado na Royal Society of Medicine, Sessão de Psiquiatria, em 16 de janeiro de 1950. A contribuição de Anna Freud encontra-se em *The Psychoanalytical Study of the Child*, vols. III-IV, p. 37.

A agressividade em seus vários estágios

Inicial • • • • •
 { Pré-integração
 Propósito sem piedade

Integração
Propósito com piedade
Culpa

Relações interpessoais
Situções triangulares etc.
Conflitos, conscientes e inconscientes

○ que pretendo neste momento é desenvolver a segunda dessas fases, a intermediária.¹

O pré-concernimento

É necessário descrever o estágio teórico da ausência de comprometimento no qual se pode dizer que a criança existe como uma pessoa e tem propósitos, mas não tem ainda comprometimento quanto aos resultados? Ela ainda não considera importante o fato de que o que ela destrói quando excitada é a mesma coisa que ela valoriza nos calmos intervalos entre as excitações. Seu amor

1 Na Parte II deste capítulo, tento lidar com o tema da agressividade relativa aos estágios iniciais do desenvolvimento do ego.
2 A expressão *to be unconcerned* indica precisamente a ausência de preocupações com as consequências de um ato, e pode ser traduzida de modo não literal por 'isto não me importa. (N.T.)'

excitado inclui um ataque imaginário ao corpo da mãe. Aqui vemos a agressividade como fazendo parte do amor. Podemos encontrar um certo grau desse fenômeno como uma dissociação entre aspectos calmos e excitados da personalidade, levando uma criança geralmente a agitar-se como se 'nem parecesse a mesma', agredindo pessoas que ela ama e não se sentindo inteiramente responsável por seus atos. Se a agressividade é perdida nesse estágio do desenvolvimento emocional, ocorre também a perda de uma parte da capacidade de amar, ou seja, de relacionar-se com objetos.

Estágio do comprometimento

Chegamos agora à fase descrita por Melanie Klein como 'posição depressiva' no desenvolvimento emocional. Para os meus propósitos, eu a chamo de 'estágio do concernimento'. A integração do ego já alcançou um grau em que o indivíduo pode perceber a personalidade da figura materna, e isto é tremendamente importante, pois tem como consequência o sentimento de concernimento quanto aos resultados de suas experiências instintivas, tanto físicas quanto ideativas.

O estágio do concernimento traz consigo a capacidade de sentir culpa. Isto leva à transformação de uma parte da agressividade em fenômenos clínicos, tais como o sofrimento ou o sentimento de culpa, ou um equivalente físico como o vômito. A culpa refere-se ao dano que a criança imagina haver causado à pessoa amada nos momentos do relacionamento excitado. Na saúde é possível a criança dar conta da culpa, e com a ajuda de uma mãe viva e atenta (que incorpora um fator temporal) torna-se capaz de descobrir um ansio pessoal por dar e construir e reparar. Assim, uma boa parte da agressividade transforma-se em funções sociais, e é desta forma que ela se manifesta. Ao sentir-se abandonada (quando não há quem aceite uma ofensa ou reconheça uma tentativa de reparação), essa transformação quebra e a agressividade reaparece. A *atividade social não pode ser satisfatória* a não ser quando se baseia num sentimento de culpa pessoal a respeito da agressividade.

Raiva

Em minha descrição chegamos agora à questão da raiva que deriva da frustração. A frustração, impossível de se evitar inteiramente em todas as

1 Isto tem sido chamado de 'pre-ambivalência', mas esse termo não dá conta da questão da integridade do objeto parcial, o sei, ao objeto total, a mãe que sustenta (*holds*) e cuida.

experiências, favorece uma dicotomia: 1. Impulsos agressivos inocentes contra objetos frustrantes. 2. Impulsos agressivos provocadores de culpa contra objetos amados. A frustração age como um elemento sedutor que leva para longe da culpa, e promove um mecanismo de defesa que consiste em se-parar o amor e o ódio e fazê-los agir em direções diferentes. Se a cisão dos objetos em bom e mau realmente ocorre, o sentimento de culpa é atenuado, mas em compensação o amor perde uma parte de seu valioso componente agressivo, e o ódio torna-se mais explosivo.

Crescimento do mundo interno

Deste ponto em diante a psicologia do bebê torna-se mais complicada. A criança começa a preocupar-se não apenas com os efeitos de seus impulsos sobre sua mãe, mas passa também a perceber os resultados de suas experiências em seu próprio eu. A satisfação do impulso faz com que ela se sinta bem, e isto cria e sustenta a sua confiança em si própria e no que ela poderá esperar da vida. Ao mesmo tempo ela terá de reconhecer os seus ataques de cólera, ao fim dos quais ela se sente repleta de coisas ruins ou malignas ou persecutórias. Essas coisas ou forças más, encontrando-se dentro dela, criam uma ameaça a partir do interior à sua pessoa e também às coisas boas que foram a base de sua confiança na vida.

Nesse momento ela dá início à tarefa de administrar o seu mundo interno, tarefa que durará a vida inteira. O fato é que esta tarefa não pode ser iniciada antes que a criança esteja bem alojada no interior de seu corpo, e consequentemente em condições de perceber a diferença entre o que está dentro e o que está fora de si mesma, e entre o que é real e o que é fruto de sua fantasia. A sua administração do mundo externo dependerá da administração do mundo interno.

Desenvolvem-se então diversos mecanismos de defesa extremamente complexos, os quais teriam de ser examinados em qualquer tentativa de compreender a questão da agressividade numa criança que tenha alcançado esse estágio do desenvolvimento emocional. Será impossível aqui fazer mais do que enumerar alguns dos modos pelos quais essa parte da psicologia humana é relevante para o nosso tema.

Em primeiro lugar, eu gostaria de descrever o processo de saída da introversão, visto ser esta uma fonte comum e importante da agressividade.

1 Atualmente eu diria 'idealizado e mau', em vez de 'bom e mau' (1957).

Na saúde, o interesse da criança é dirigido tanto à realidade externa quanto ao mundo interno, existindo sempre várias pontes entre um e outro (sonhos, brincadeiras etc.) Na doença a criança reorganiza por vezes os seus relacionamentos de modo a concentrar o que é bom no mundo interno e projetar para fora o que é ruim. Ela agora vive em seu mundo interno, e é possível dizer que se tornou introvertida (ou melhor, patologicamente introvertida).

Ao restabelecer-se da introversão patológica, a criança volta a relacionar-se com o mundo externo, que para ela está cheio de perseguidores, e nestes pontos de seu restabelecimento a criança torna-se geralmente agressiva. Esta é uma importante fonte de comportamento agressivo. Quando acontece de os ataques defensivos da criança serem mal administrados pelos que dela cuidam durante o período de seu restabelecimento da introversão, a criança facilmente escorrega de volta para a introversão. Fora dos casos de doença, esse fenômeno pode ser constatado em algum grau no dia-a-dia de qualquer criança pequena, não sendo esta uma descrição apenas teórica. Todo indivíduo sente-se vulnerável ao retornar de um período de concentração em alguma atividade pessoal.

Lembrei-mo-nos de que na infância do ser humano a distinção entre o subjetivo e o objetivo é algo que ocorre apenas pouco a pouco. Ao projetar suas experiências internas, a criança parece estar delirando loucamente. Mesmo a criança saudável de dois ou três anos acorda de vez em quando à noite, sentindo-se dentro de um mundo que (do nosso ponto de vista) é o seu mundo interno, não a realidade externa que compartilhamos com ela. Durante o dia as crianças pequenas deliraram quando brincam, e não é raro encontrarmos crianças vivendo prioritariamente em seu mundo interno, apesar de darem a impressão de viver no mundo que pertence a todos nós. Isto não é necessariamente patológico, mas ao lidarmos com tais crianças não devemos esperar muito pela presença da lógica, a qual só iremos encontrar no mundo externo ou compartilhado. Mesmo uma grande parte dos adultos já-mais alcança a capacidade de ser confiantemente objetivos, e aqueles que se mostram mais confiáveis em sua objetividade revelam-se, por outro lado, comparavelmente distantes das riquezas de seu mundo interno.

Há mais três exemplos de como o modo pelo qual a criança administra o seu mundo interno explica o comportamento agressivo. Uma criança que tenha alcançado um certo grau de organização da personalidade de frente-se às vezes com experiências que vão além de sua capacidade de assimilar através da identificação. Por exemplo, quando os pais brigam na sua frente num momento em que ela está inteiramente concentra-

da em outra coisa. Podemos dizer que no interior da criança passa a existir então um estado fixo do casal parental em plena briga, e uma grande quantidade de energia passa a ser dirigida para o controle do relacionamento ruim internalizado. Clinicamente, a criança mostra-se cansada, deprimida, ou fisticamente doente. Nos momentos em que o relacionamento ruim internalizado toma o poder, a criança comporta-se como se estivesse 'possuída' pelos pais que brigam. Ela age de modo compulsivamente agressivo, desagradável, 'irracional', delirante.¹

Uma outra possibilidade é a de que a criança que introjetou o casal em briga provoque periodicamente brigas entre os que estão à sua volta, usando então a maldade real que está fora como uma projecção do que era ruim interiormente. Nestes casos não é raro acontecerem momentos de loucura, com verdadeiras alucinações de vozes ou pessoas brigando.

Na administração de seu mundo interno, a criança tenta preservar ali o que é sentido por ela como benigno, e em certos momentos sente que seria bom eliminar alguma coisa ruim. (Isto equivale à idéia do bode expiatório.) Clinicamente surge uma dramatização da expulsão do que é ruim, e a criança então dá pontapés, cospe, emite gases etc. Pode ocorrer também que ela se torne sujeita a acidentes frequentes, ou que haja uma tentativa de suicídio — com o objetivo de destruir o que há de ruim em seu interior. Na fantasia total do suicídio, a criança deverá sobreviver depois que os elementos ruins são destruídos. Mas a sobrevivência pode não acontecer.

A administração dos fenômenos do mundo interno, que para a criança localiza-se na bariga (ou na cabeça etc.), torna-se por vezes tão difícil que ela põe em ação um controle total — em que a consequência clínica é um humor depressivo. Isto leva a um estado intolável de morte interna. Pode ocorrer então um quadro maníaco complementar. Nesse estado a vivacidade do mundo interno toma conta e impulsiona a criança, que pode tornar-se violentamente agressiva sem que haja um estímulo externo claramente perceptível. Essas fases de mania não representam o mesmo que a assim chamada defesa maníaca, na qual se dá a negação da morte interna por uma atividade artificial (a assim chamada defesa maníaca contra a depressão, ver M. Klein). A consequência clínica da defesa maníaca não é uma explosão de agressividade, mas um estado de agitação ansiosa comum, hipomania, da qual faz

1 Este fenômeno é semelhante ao que Anna Freud chamou (1937) de 'identificação com o agressor'. Os trabalhos de Melanie Klein nos apresentaram à idéia do controle onipotente dos fenômenos internos como um mecanismo de defesa.

parte uma ligeira agressividade na forma de desarrumação, desleixo, irritação e falta de perseverança construtiva.

Na saúde o indivíduo pode guardar a maldade dentro de si, para usá-la contra forças externas que ameaçam o que ele julga valioso. A agressividade tem, nesse caso, um valor social. Esse valor é dado pelo fato de aqui, em contato com a agressividade maníaca ou delirante, ficar preservada a objetividade, e assim o inimigo pode ser enfrentado com economia de esforços. Trata-se de um inimigo que, para ser atacado, não precisa ser amado.

Resumo

O que acabo de apresentar descreve apenas a relação entre a agressividade e o que chamei de *estágio intermediário* do desenvolvimento emocional. Esse estágio precede a *pessoa total*, com seus relacionamentos interpessoais e suas situações triangulares do complexo de Édipo, e segue-se ao *estágio inicial* da ausência de comprometimento e à época anterior à existência de propósitos e à integração da personalidade.

A agressividade pertencente ao estágio que chamei de *pessoa total* já é conhecida da geração atual através dos trabalhos de Freud.

Outras fontes importantes da agressividade datam dos estágios muito *primitivos* no desenvolvimento do ser humano, e alguns destes serão delinados na próxima parte deste capítulo.

II

Raízes primitivas da agressividade

Em sua forma mais simples, a questão que podemos formular é a seguinte: a agressividade origina-se em última análise da raiva provocada por uma frustração ou terá ela uma raiz própria?

A resposta é necessariamente muito complexa, a não ser que façamos um esforço de liberação de seleção do vasto material clínico proveniente da nossa prática analítica diária. Quando assim procedemos, todavia, corremos o risco de sermos questionados por ignorar tudo aquilo que deliberadamente deixamos de lado.

É possível dizer que no impulso do amor primitivo encontraremos sempre uma reação agressiva, pois na prática não existe a satisfação total do id.

1 Trabalho apresentado a um grupo de estudos privado em janeiro de 1955.

Será necessário então dissecarmos os fenômenos? Em minha opinião isto é realmente necessário devido à confusão que resulta de não o fazermos. Isto é verdade especialmente tendo em vista o fato de que o impulso de amor primitivo opera num estágio em que o ego está apenas começando a desenvolver-se, quando a integração, por exemplo, ainda não é um fato estabelecido. Existe um amor primitivo em funcionamento num período em que não é possível ainda a aceitação da responsabilidade. Nessa etapa não há ainda nem mesmo a ausência de conernimento. Trata-se de uma era em que, se a destruição é parte do objetivo do impulso do id, sua presença ali é meramente incidental à satisfação. A destruição torna-se uma responsabilidade do ego, quando este já está integrado e organizado a ponto de existir a raiva e, consequentemente, o temor à retaliação. Quanto mais cedo detectarmos a presença de raiva e medo, poderemos reconhecer também a presença daqueles dois desenvolvimentos do ego antes dos quais não faz sentido falarmos de sentimentos de raiva no indivíduo.

O ódio é um fenômeno relativamente sofisticado e não se pode afirmar que exista nesses estágios iniciais. Torna-se necessário, portanto, examinar a agressividade para além da reação agressiva que inevitavelmente acompanha o impulso do id, devida ao fracasso da experiência do id decorrente do funcionamento do princípio da realidade.

Seria melhor dizer, então, que os impulsos do amor primitivo (id) têm um aspecto destrutivo, embora não haja na criança a intenção de destruir, visto que o impulso pertence a uma etapa anterior ao conernimento.

A partir deste postulado, é possível avançar em direção à questão da raiz do elemento destrutivo contido no impulso de amor primitivo (id).

Para simplificar as coisas, a variável trauma do nascimento pode ser deixada de lado, e tomaremos então como certo que houve um nascimento normal ou não-traumático. Nascimento 'normal', aqui, significa que o bebê o percebe como sendo o resultado de seu próprio esforço. Não ocorreram nem adiantamento nem precipitação (ver Cap. XIV).

As experiências primitivas do id trazem consigo elementos que são novos para o bebê, pois a crise instintiva será composta de um período preparatório, um climax e um período seguinte a algum grau de satisfação. Cada uma dessas três fases acarreta problemas para o bebê.

Nossa tarefa é a de examinar a pré-história do elemento agressivo (destrutivo apenas por acaso) nas experiências iniciais do id. Temos em mãos certos elementos que datam pelo menos dos alcores do movimento fetal — ou seja, a mobilidade. Acreditamos que devemos acrescentar a isto um elemento correspondente cuja origem é a vertente sensoria. Poderia essa mobilidade que data da vida

intra-uterina, e que persiste na infância (e ao longo de toda a vida), estar ligada a atividade inerente à experiência instintiva propriamente dita? Devemos classificar tal atividade de elemento do id ou do ego? Ou talvez fosse melhor aceitar a ideia de uma fase de indiferenciação id-ego (Hartmann, 1952), deixando de lado a tentativa de classificar a mobilidade, visto ser ela anterior à diferenciação?

É preciso que cada bebê injete o máximo de mobilidade primitiva nas experiências do id. Neste ponto mostra-se verdadeira a ideia de que o bebê precisa da frustração promovida pela realidade — pois se a experiência do id fosse completa e sem obstáculo algum, ocorreria a frustração dessa outra parte derivada da raiz motora (Riviere, 1936).

No padrão das experiências do id de cada bebê, estão incluídos x por cento de mobilidade primitiva. Restam 100-x por cento para serem usados de outros modos — e deve ser esta a razão da ampla diferença existente entre os vários indivíduos quanto à sua agressividade. Aqui estaria também a origem de uma determinada forma de masoquismo (ver adiante). Seria útil, portanto, examinarmos os padrões que se desenvolvem ao redor do fenômeno da mobilidade (Marty et Fain, 1955).

Num dos padrões o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto a partir da mobilidade. Aqui, cada experiência no contexto do narcisismo primitivo enfatiza o fato de que o indivíduo está se desenvolvendo no centro, e o contato com o ambiente é *uma experiência do indivíduo* (em seu estado de ego-id indiferenciados, a princípio). Num segundo padrão, o ambiente impõe-se ao feto (ou bebê), e em vez de uma série de experiências individuais, temos uma série de *reações à intrusão*. Aqui, portanto, desenvolve-se uma retirada em direção à quietude, única situação em que a existência individual é possível. A mobilidade é, agora, parte da experiência da reação à intrusão.

Num terceiro padrão, extremo, este último fenômeno é exagerado a um tal grau que já não resta nem mesmo um lugar para a tranquilidade que permite a existência individual, e a consequência é a de uma falha na capacidade do estado do narcisismo primitivo de transformar-se num indivíduo. O 'indivíduo' desenvolve-se então mais como uma extensão da casca que como uma extensão do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente invasor. O que resta do núcleo permanece oculto, por vezes a ponto de não ser encontrado nem mesmo através da mais profunda análise. O indivíduo, assim, *existe por não ser encontrado*. O verdadeiro eu está oculto, e aquilo com que temos de lidar clinicamente é um complexo *falso eu* cuja função é manter o verdadeiro eu escondido. O falso eu pode estar convenientemente em sintonia com a sociedade, mas a falta de um eu verdadeiro acarreta uma instabilidade que se torna mais evidente quanto maior for o engano da sociedade em

pensar que o falso eu é verdadeiro. A queixa do paciente é de um sentimento de inutilidade.

O primeiro padrão configura o que chamamos saúde. Depende, para a sua formação, da mãe suficientemente boa, cujo amor se expressa (inicialmente) em termos físicos (inevitavelmente). A mãe segura o bebê (no útero, nos braços) e através do amor (identificação) sabe de que maneira adaptar-se às necessidades de seu ego. Nestas condições, e somente nestas condições, o indivíduo pode começar a existir, começar a existir para viver experiências do id. O palco está armado para a introdução máxima da motilidade nas experiências do id. Ocorre a fusão entre o x por cento do potencial de motilidade e o potencial erótico (sendo que x é quantitativamente elevado). Ainda assim, porém, há 100-x por cento do potencial de motilidade deixado fora da fusão, ficando disponível para ser usado com objetivos puramente motores.

É preciso lembrar que a fusão torna possíveis experiências que *nada têm a ver com gestos de oposição* (reações à frustração). Aquilo que irá se fundir ao potencial erótico é satisfeito pela gratificação instintiva. Por contraste, os 100-x por cento de motilidade não fundidos *precisam encontrar oposição*. Em termos bem grosseiros direi que essa parte da motilidade *precisa de algo para empurrar*, caso contrário permanecerá sem experiências e constituirá uma ameaça para o bem-estar. Na saúde, porém, por definição, o indivíduo sente o prazer de buscar a oposição adequada.

No segundo e terceiro padrões é apenas através da intrusão ambiental que o potencial de motilidade torna-se matéria de experiência. Aqui, estamos diante da doença. Em maior ou menor grau o indivíduo *precisa* da oposição, e somente quando a sofre é que ele encontra a importante raiz da motilidade. Isto pode ser satisfatório enquanto o ambiente intromete-se de modo consistente, mas:

A intrusão ambiental não pode parar.

A intrusão deve ter um padrão que lhe seja próprio, caso contrário o caos se instala e o indivíduo não tem como desenvolver um padrão que seja seu. Isto implica em dependência, fora da qual o indivíduo não consegue crescer. O retraimento emocional torna-se uma característica essencial do padrão (exceto nos casos exóticos, em que o verdadeiro eu está oculto. Nestes casos mesmo o retraimento está fora do alcance enquanto defesa primitiva).

- 1 Como contribuição ao entendimento das proposições winnicottianas, sugiro que a tradução de 'futility' seja 'inutilidade', em vez da tão costumeira e óbvia 'futilidade'. N.T.
- 2 A semelhança entre esta descrição e a da personalidade de um integrante de movimento radical (de qualquer natureza) é espantosa. Com isto Winnicott oferecia uma resposta sutil e contundente à pergunta: 'O que teria permitido que o movimento nazista recebesse tantas adesões?' N.T.

Quando o segundo e o terceiro padrões estão em funcionamento não pode haver saúde, e nenhum tratamento terá êxito a não ser que promova a transformação dos mesmos no primeiro padrão por mim descrito. Pacientes que se desenvolveram de acordo com o segundo e o terceiro padrões ainda assim procuram a análise, e podem dar uma impressão inicial de que farão um bom uso do trabalho do analista, realizado a partir da falsa premissa de que o paciente realmente existe.

É aqui nos deparamos com o valor positivo da resistência do paciente neuótico. Essa resistência, que pode ser analisada, dá margem a um bom prognóstico. A ausência de resistência leva ao diagnóstico de um distúrbio nos padrões primitivos da forma como os descrevi acima.

Destas considerações segue-se que não é possível alcançar um grau mais elevado de fusão entre a motilidade e o potencial erótico através da análise, a não ser nos casos de indivíduos normais em termos da presente classificação. Quando o primeiro padrão não está estabelecido não pode haver fusão, a não ser de um modo secundário, através da 'erotização' de elementos agressivos. Eis aí uma das raízes das tendências sádicas compulsivas, que vez por outra transforma-se em masoquismo. O indivíduo não consegue sentir-se real a não ser quando se comporta de modo destrutivo e impiedoso. Ele tentará produzir um relacionamento através do interjogo com outro indivíduo, encontrando um componente erótico para fundir com a agressividade que, em si mesma, não é muito mais que pura motilidade. Aqui o erótico funde-se ao erótico.

É provável que nas perversões seja possível distinguir dois tipos de masoquismo: um tipo de masoquismo originário no sadismo, constituído pela erotização da necessidade de motilidade bruta, e o outro tipo provém da erotização direta do passivo da motilidade ativa. É possível que o desenvolvimento oriente-se em uma ou outra direção, se o primeiro parceiro do indivíduo era sádico ou masoquista. A parceria produz um relacionamento que será tão mais valorizado quanto mais frágeis tenham sido os relacionamentos desenvolvidos a partir da raiz erótica, devido à relativa ausência de fusão entre a motilidade e a vida erótica.

A sensação de realidade advém principalmente da raiz motora (e sensorial que lhe corresponde), e as experiências eróticas com uma traça participação do elemento motilidade não tornam-se a sensação de realidade ou de existir. De fato, tais experiências eróticas talvez sejam evitadas justamente por produzir no sujeito uma sensação de não existir, e aqui me refiro aos indivíduos cujo padrão inicial não é do tipo colocado em primeiro lugar em minha descrição.

É necessário aceitar o fato de que a tarefa da fusão é muitíssimo difícil, de que mesmo na saúde ela permanece incompleta, e de que é muito comum encontrarmos uma grande quantidade de agressividade não fundada complicitando a patologia de um indivíduo em análise.

Na análise, se tudo isto é verdade, lidamos com expressões distintas dos componentes agressivo e erótico, e os mantemos separados para o paciente que, na transferência, não pode realizar a fusão dos dois. Nós distúrbios mais graves, que derivam de falhas na época da fusão, o relacionamento do paciente com o analista é alternadamente erótico e agressivo. É por esta razão que afirmo ser mais fácil o analista sentir-se cansado pelo segundo tipo de relação parcial.

A conclusão imediata a extrair desta formulação é a de que nos estágios iniciais, quando o *Eu* e o *Não-eu* estão se constituindo, o componente agressivo é o que irá, geralmente, conduzir o indivíduo rumo a um objeto ou a um *Não-eu* que ele sentirá como externos. As experiências eróticas podem completar-se enquanto o objeto é subjetivamente concebido ou criado pela própria pessoa, ou enquanto o indivíduo encontra-se próximo do estado narcísico de identificação primária de uma etapa anterior.

A experiência erótica pode ser completada por qualquer coisa que alivie o impulso erótico, e isto abrange as 'preliminares', a crescente tensão da excitação local e geral, o clímax e a detumescência ou o seu equivalente, seguidos por um período de ausência de desejo (o que, por sua vez, pode dar margem à ansiedade devida à temporária aniquilação do objeto subjetivo criado pelo desejo). Por outro lado, os impulsos agressivos não proporcionam nenhuma experiência satisfatória a não ser que encontrem oposição. A oposição deve originar-se no ambiente, no *Não-eu* que gradualmente vai se distinguindo do *Eu*. A existência de erotismo nos músculos e em outros tecidos que participam do esforço é um fato, mas se trata de um erotismo de natureza diferente daquele associado a zonas erógenas específicas.

Os pacientes nos fazem saber que as experiências agressivas (mais ou menos des-fundidas) são sentidas como reais, muito mais reais que as experiências des-eróticas (também des-fundidas). Ambas são reais, mas a primeira proporciona uma sensação de realidade muitíssimo valorizada. A fusão da agressividade com o componente erótico da experiência incrementa a sensação de realidade da experiência.

É verdade que até certo ponto os impulsos agressivos podem encontrar oposição sem que esta seja externa. Isto pode ser observado normalmente nos movimentos natatórios da coluna vertebral, que datam da vida intra-uterina, e anormalmente nos movimentos (fúteis) de vaivém de crianças

Chegamos assim à conclusão de que muita coisa acontece antes da primeira mamada, mesmo que a organização do ego seja imatura. O somatório das experiências motoras contribui para a capacidade do indivíduo de começar a existir e, através da identificação primária, rejeitar a casca e tornar-se o núcleo. O ambiente suficientemente bom torna possível esse desenvolvimento. Quando o ambiente inicial é suficientemente bom, e somente então, podemos passar a estudar a psicologia inicial do indivíduo humano, pois a não ser que o ambiente tenha sido suficientemente bom, o ser humano não poderá diferenciar-se, e não poderá então ser estudado em termos de uma psicologia da normalidade. Quando o indivíduo existe, porém, torna-se possível dizer que um caminho central pelo qual o ego e o id, agora diferentes, mantêm um relacionamento, e conservam esse relacionamento apesar das dificuldades devidas ao funcionamento do princípio da realidade, e o caminho da fusão de uma elevada proporção do potencial de motilidade primária com o potencial erótico.

De tudo isto derivam outras idéias que dizem respeito à natureza externa dos objetos. Este assunto será discutido na terceira parte do trabalho.

III

A natureza externa dos objetos¹

Na prática psicanalítica, quando a análise já percorreu um longo caminho, o analista passa a ter um ponto de observação privilegiado sobre os fenômenos do desenvolvimento emocional. Algum tempo atrás fui surpreendido pela idéia, decorrente do meu trabalho clínico, de que quando o paciente está em busca da raiz agressiva de sua vida instintiva a tarefa do analista é mais cansativa, de um modo ou de outro, do que se a busca do paciente é pela raiz erótica. Percebe-se imediatamente que o material a que me refiro neste momento diz respeito à idéia de 'des-fusão'. Costumamos assumir que no indivíduo saudável há uma fusão dos componentes agressivo e erótico, mas nem sempre consideramos a era anterior à fusão e o processo da fusão suficientemente significativos. Muitas vezes acreditamos que a fusão é um fato inquestionável, e passamos a discutir inutilmente assim que deixamos de lado o caso propriamente dito.

derá ser encontrado nos impulsos do feto, ou seja, naquilo que leva o feto a mover-se em vez de ficar quieto: a vitalidade dos tecidos e os primeiros indícios de erotismo muscular. Precisamos aqui de um termo semelhante a 'força vital'.

Não há dúvida de que o potencial de força vital de um feto é mais ou menos o mesmo, tal qual o potencial erótico do bebê. A complicação reside em que a quantidade do potencial agressivo do bebê depende da quantidade de oposição que ele terá encontrado. Dizendo de outro modo, a oposição afeta a conversão da força vital em potencial de agressividade. Mais ainda, o excesso de oposição cria complicações que tornam impossível ao indivíduo, do lado de um potencial de agressividade, realizar sua fusão com o potencial erótico.

Não é possível prosseguir nesta reflexão sem considerarmos detalhadamente as vicissitudes da força vital na vida intra-uterina.

Na saúde, os impulsos do feto levam à descoberta de que existe um ambiente, sendo este último a oposição encontrada pelo movimento e sentida durante o movimento. A consequência, aqui, é um reconhecimento precoce de um mundo *Não-eu*, e uma instauração precoce do *Eu*. (Fica subentendido que, na prática, tais coisas acontecem gradualmente, indo e vindo repetidamente, sendo alcançadas e perdidas em seguida.)

Na doença ocorre que nesse estágio tão primitivo é o ambiente que se impõe, sendo a força vital consumida em reações à intrusão — e a consequência é o contrário da sólida instauração do *Eu*. Em casos extremos acontecem muito poucas experiências a não ser através de reações, e o *Eu* não se estabelece. Em vez disso encontramos um desenvolvimento baseado na experiência da reação. O indivíduo que assim passa a existir será chamado de falso, pois a impulsividade pessoal estará ausente. Neste caso não haverá momento da experiência agressiva e erótica. O bebê vive, pois alguém o seduz para a experiência erótica. Mas ao lado da vida erótica, que jamais é sentida como real, encontraremos uma vida de agressividade reativa dependente da experiência de oposição.

Foi necessário, nesta descrição, discutir dois extremos para que pudessemos chegar à imagem do estado mais comum, cuja característica é a *falta de fusão em algum grau*. A personalidade compõe-se de três partes: um eu verdadeiro, com um *Eu* e um *Não-eu* claramente constituídos, e com uma certa fusão dos elementos agressivo e erótico. Teremos aqui um eu que será facilmente seduzido rumo à experiência erótica, com o resultado de que haverá a perda da sensação de realidade; um eu que se entregará inteira e

doentes (o balançar-se, ou a tensão que indica um movimento de valvem in-termo, mágico e invisível). Apesar destas considerações, não é possível dizer que no desenvolvimento normal a oposição extrema traz consigo o desenvol-vimento do impulso agressivo?

No nascimento normal, a oposição encontrada proporciona um tipo de experiência que dá ao esforço uma qualidade de 'ponta-cabeça'. Ainda que o parto não seja sempre normal, o que acarreta enormes complicações, e apesar de o nascimento dar-se por vezes pelas nádegas e não pela cabeça, creio que é geralmente válido associar o puro esforço a um modo de relacionar-se com a oposição em que a cabeça se projeta para diante. É possível testar esta idéia ao observarmos bebês tentando mamar — de acordo com a minha teoria, seria possível ajudá-los por meio de uma certa pressão no alto da cabeça.

Esta idéia é geralmente formulada nos seguintes termos: 'Um bebê não se nutre de uma adaptação perfeita às suas necessidades. A mãe que satisfaz bem demais os seus desejos não é uma boa mãe. A frustração produz raiva, o que ajuda o bebê a ganhar experiência.' Isto é verdade por um lado, mas não por outro. Enquanto não verdadeira, tal afirmação desconsidera dois fatores. Em primeiro lugar, o bebê realmente precisa de uma adaptação perfeita às suas necessidades no início teórico — e em seguida precisa de uma desadaptação cuidadosamente dosada. Em segundo lugar, essa afirmação não leva em conta a questão da ausência de fusão entre as raízes erótica e agressiva da experiência, e o fato é que, ao menos em teoria, o estado de des-fusão (ou de ante-fusão) deveria ser estudado.

Os que fazem afirmações do tipo mencionado acima partem muito rapidamente do princípio de que a agressividade é uma reação à frustração, ou seja, a frustração que ocorre durante as experiências eróticas, durante a fase de excitação em que a tensão instintiva está em ascensão. Que exista raiva provocada pela frustração durante essa fase é inteiramente óbvio, mas em nossa teoria dos sentimentos e estados mais primitivos temos que aceitar a idéia de uma frustração que *antecede* a integração do ego que torna possível a raiva contra a frustração do instinto, e que torna a experiência erótica uma experiência.

Pode-se dizer que todo bebê tem um potencial erótico localizado em zonas, que isto é biológico, e que o potencial é mais ou menos o mesmo para cada bebê. Por contraste, o componente agressivo deve ser *extremamente variável*. No momento em que observamos um bebê expressar raiva pela frustração causada pela demora em ser alimentado, já aconteceram muitas coisas que tornaram elevado ou baixo o potencial agressivo daquele bebê. Algo no campo da agressividade que corresponda ao potencial erótico só po-

impiedosamente à agressividade. Essa agressividade nem mesmo está organizada para fins de destruição, mas é valiosa para o indivíduo, porque traz consigo a sensação de realidade e a sensação de estar se relacionando. No entanto, ela só existe quando suscitada por uma oposição ou por uma (posterior) perseguição. Faltam-lhe raízes no impulso pessoal motivado pela espontaneidade do ego.

O indivíduo pode alcançar uma falsa fusão entre os componentes agressivo e erótico ao converter essa agressividade pura e não fundida em masoquismo, mas para que isto ocorra é preciso que exista um perseguidor confiável, e o perseguidor confiável é um/a amante sádico/a. Este é um caso em que o masoquismo revela-se primário em relação ao sadismo. Entretanto, ao observarmos o desenvolvimento emocional de um ser humano *saudável*, veremos que o sadismo é primário em relação ao masoquismo. Na saúde a presença do sadismo implica numa fusão bem-sucedida, justamente o que falta numa situação em que o masoquismo desenvolve-se diretamente do padrão de agressividade reativa, não fundida.

A conclusão principal a ser extraída destas considerações é a de que existe uma certa confusão quando empregamos o termo agressividade para designar a espontaneidade. O gesto impulsivo volta-se para fora e torna-se agressivo quando encontra oposição. Há realidade nessa experiência, e ela funde-se facilmente às experiências eróticas que aguardam o recém-nascido. Estou sugerindo que *é esta impulsividade e a agressividade que dela deriva que levam o bebê a necessitar de um objeto externo*, e não apenas de um objeto que o satisfaz.

Muitos bebês, no entanto, possuem um potencial de agressividade maciço que deriva das reações à intrusão, e que virá a ser deflagrado pela perseguição. Na medida em que esta é a verdade, a criança ansiará pela perseguição, e se sentirá real ao reagir a ela. Mas isto representa uma forma falsa de desenvolvimento, pois essa criança precisará constantemente de uma perseguição. A quantidade desse potencial reativo não depende de fatores biológicos (que determinam a motilidade e o erotismo), mas de uma intrusão ambiental determinada pelo acaso, e portanto das condições psiquiátricas da mãe e das características emocionais do seu ambiente.

No relacionamento sexual adulto e maduro, é possivelmente verdade que a satisfação erótica não é a única a necessitar de um objeto específico. E o elemento agressivo ou destrutivo no impulso fundido que fixa o objeto e determina a necessidade da presença, da satisfação e da sobrevivência do parceiro.

Capítulo XVII

Psicoses e Cuidados Maternos (1952)

NO PRESENTE TRABALHO tentarei mostrar que na infância a psicose é algo comum, mas passa despercebida devido ao modo como os sintomas ocultam-se entre as dificuldades normais inerentes à criação de filhos.² O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho. Gostaria de apresentar um rápido esboço das tarefas implícitas aos primeiros estágios do desenvolvimento emocional do bebê, tarefas que não podem ser realizadas por ele a não ser no interior de um ambiente emocional suficientemente bom.

Existem dois métodos pelos quais a questão da psicose infantil pode ser abordada. O primeiro consiste em identificar na pré-puberdade e mesmo nos primeiros anos da infância organizações mentais bem conhecidas da psiquiatria de adultos. Creak (1952), por exemplo, toma um certo tipo de psicose caracterizada por uma introversão organizada, com padrões de comportamento bizarro e distúrbios secundários do funcionamento físico, e descreve claramente um tipo de criança muito conhecido pelos psiquiatras e pediatras. Da mesma forma poder-se-ia tomar a melancolia, a labilidade maníaco-depress-

1 Baseado em palestra dada à Seção Psiquiátrica da Royal Society of Medicine, em março de 1952. Publicado em *British Journal of Medical Psychology*, vol. XXVI, 1953.

2 Não se usa, em português, a expressão 'criar crianças'. O verbo 'criar' é usado para descrever a longa série de cuidados que permitem à criança (própria ou alheia) viver. Talvez não seja a melhor tradução para 'care', mas o próprio Winnicott sempre afirmou que é melhor utilizar palavras de uso popular. 'Criação de filhos' é, portanto, o modo como traduzi 'child care' quando 'cuidados maternos' não se aplica. N.T.

siva, a agitação hipomaniaca e vários tipos de estados confusionais, e identificar a sua ocorrência nada raro na infância: o material necessário para tanto é abundante.

A mim ocorreu eleger um outro método, talvez porque me agrada falar como pediatra habituado a pensar sobre o desenvolvimento da criança e mesmo do bebê. Para o pediatra, há uma continuidade no desenvolvimento do indivíduo, iniciando-se na concepção, prosseguindo através da fase de lactância e primeira infância, e alcança o estado adulto, sendo a criança o pai do homem. O objetivo da criação de filhos não é apenas o de produzir crianças saudáveis, mas também o de permitir o desenvolvimento posterior de um adulto saudável. O inverso dessa afirmação é o que me preocupa aqui, a saber, o fato de que a saúde do adulto é construída ao longo dos vários estágios da infância. O pediatra está sempre atento aos cuidados e à criação recebidos pela criança, à dependência dos bebês e ao gradual amadurecimento dos fatores ambientais, que deve ser contínuo tanto quanto o desenvolvimento interno da criança. Assim, o pediatra tem uma grande contribuição a fazer para a psiquiatria.

Se alguns pediatras concentraram-se na vertente física e negligenciaram a psique, nada há que eu possa fazer. Trata-se de uma fase que está passando, e ninguém pode negar que ela pagou ricos dividendos a essa vertente física da saúde infantil.

Minha intenção aqui é a de abordar o aspecto psíquico, e só secundariamente irei referir-me ao soma. No entanto, continuo sendo um pediatra, e da perspectiva pediátrica a saúde mental é algo que não devemos esperar a não ser enquanto fruto de um desenvolvimento prévio. A saúde mental de cada criança é possibilitada pela mãe, enquanto esta preocupa-se com a criação de seus filhos. A palavra 'devoção', se despida de seu sentimentalismo, pode ser usada para descrever o fator principal sem o qual a mãe não pode dar a sua contribuição, a adaptação sensível e ativa às necessidades de sua criança — necessidades que, no início, são absolutas. Essa palavra, devoção, também nos indica que, para ser bem-sucedida em sua tarefa, a mãe não precisa ser muito esperta.

A saúde mental, portanto, é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional. Já se aceita de um modo geral que a neurose tem sua origem nos primeiros relacionamentos interpessoais, instaurados na época em que a criança começa a assumir seu lugar enquanto pessoa total no interior da família. Dizendo de outro modo, a saúde do indivíduo em termos da socialização e da ausência de neurose tor-

na-se possível graças aos pais na época em que a criança está aprendendo a

andar. Mas essa formulação parte da premissa de que houve um desenvolvimento normal durante a fase de lactância. O que não se conhece tão bem (e na verdade ainda não está comprovado) é que os distúrbios que podem ser reconhecidos e classificados como psicóticos tenham sua origem no desenvolvimento emocional anterior à fase em que a criança já se tornou visívelmente uma pessoa total, em condições de relacionar-se por inteiro com pessoas totais.

Essa teoria é aceita com mais facilidade em relação a certos tipos de psicose do que em relação a outros. Os especialistas nestas questões não têm muitas dúvidas de que a capacidade de deprimir-se (no sentido de apresentar uma depressão ou uma mudança de humor reativa) é alcançada pela criança sadia que chegou à idade em que o desmame se torna significativo. A depressão está vinculada ao concernimento, ao remorso e à culpa, mas no humor depressivo está implicada uma quantidade relativamente grande de afetos inconscientes. A capacidade para sentir concernimento, para sentir tristeza e para reagir à perda de um modo organizado que possibilite à criança recuperar-se com o tempo pertence a um estágio de desenvolvimento importante: simo para o crescimento saudável. Essa capacidade torna-se possível graças a um manejo cuidadoso do desmame, que no presente contexto refere-se de modo muito amplo ao manejo de lactentes entre os 9 e os 18 meses de idade, aproximadamente. Não me é possível, neste trabalho, mais do que mencionar o cuidadoso trabalho já realizado sobre este assunto, um trabalho que é certamente relevante para o estudo da psicose na medida em que esse termo implica em depressão de vários tipos e em distúrbios do tipo maníaco-depressivo. A compreensão a esse respeito surgiu com o ensaio 'Luto e Melancolia', de Freud (1917), e o tema foi desenvolvido por outros, especialmente Abraham (1924), Klein (1934) e Rickman (1928). Temos também a extensão da teoria de Klein em direção às origens de certos tipos de organização paranoide. O conceito da conquista saudável da 'posição depressiva' no desenvolvimento normal' (Klein), por sua vez, pressupõe um desenvolvimento anterior saudável, e neste meu trabalho eu gostaria de referir-me a essas etapas anteriores e mais primitivas.

Imediatamente atrás do desmame encontramos o tema mais amplo da desilusão. O desmame implica numa amamentação bem-sucedida, e a desilusão implica no fornecimento bem-sucedido de espaço para a ilusão.

Estágios primitivos do desenvolvimento emocional

Este é um tema muitíssimo difícil, e estou consciente de que muito do que pretendo dizer está sujeito a controvérsias. Ainda assim, é necessário explorar as possibilidades de que a saúde mental, no sentido da menor vulnerabilidade aos estados esquizofrênicos e à esquizofrenia, é constituída nas etapas muito iniciais, quando o bebê está sendo gradualmente apresentado à realidade externa. O que tenho a dizer neste momento está plenamente confirmado, do, *do meu ponto de vista*, com base no trabalho analítico realizado por mim e por outros.

A elucidação dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional deve ocorrer prioritariamente no interior do consultório onde se realiza o tratamento psicanalítico, sendo a psicanálise até agora o mais preciso instrumento de observação, esteja ela sendo usada no tratamento de uma criança pequena ou de adultos regredidos ou de psicóticos de todas as idades, ou mesmo de pessoas normais em estado de regressão temporária ou mesmo momento de oportunidades para uma investigação analítica existem oportunidades para uma investigação de experiências, e quando em várias análises surgem fatores que são comuns, podemos passar a fazer afirmações definitivas. Ao mesmo tempo existem os vários trabalhos no campo da observação direta. Encontram-se publicados os registros de Freud e Burlingham (1942), Bowlby (1951), Spitz (1945, 1950), entre outros. Os registros de anamneses colhidas com cuidado também representam uma contribuição valiosa.

No início, o indivíduo não é uma unidade. Para o observador externo, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo. O observador sabe que a psique individual pode ter início apenas num contexto específico. Nesse contexto, o indivíduo pode vir a criar gradualmente um ambiente pessoal. Se tudo correr bem, o ambiente criado pelo indivíduo torna-se bastante parecido àquele que todos geralmente percebem, e nesse caso acontecerá algum dia um estágio no processo de desenvolvimento através do qual o indivíduo passará da dependência para a independência. Trata-se de uma fase de desenvolvimento repleta de armadilhas, e do sucesso nessa etapa depende a saúde mental no que diz respeito à psicose. É desta região tão difícil que desejo falar neste momento. Estou, pois, bem distante da pergunta um tanto grosseira: 'A psicose na infância é rara ou freqüente?' Minha intenção é formular a questão de um modo pelo qual o desenvolvimento emocional em seus estágios primitivos

1 De acordo com o meu ponto de vista, o conceito do esquema corporal proposto por Scott (1949) diz respeito apenas ao indivíduo, não à unidade aqui denominada conjunto ambiente-indivíduo.

CONJUNTO INDIVÍDUO-AMBIENTE

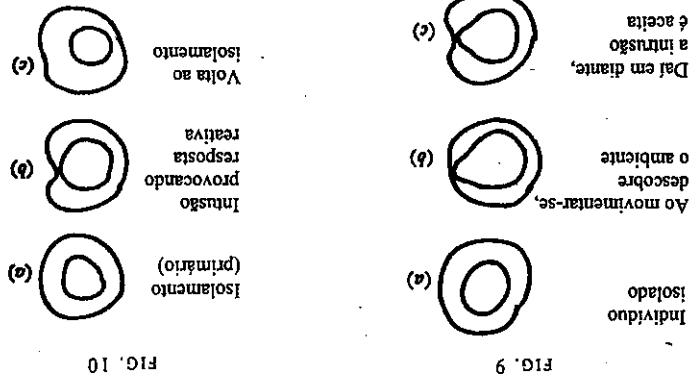


FIG. 9

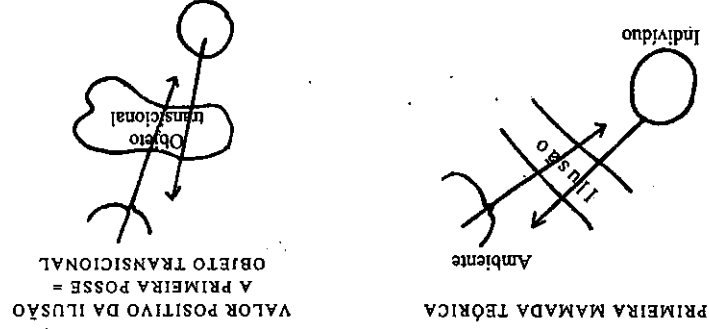


FIG. 10

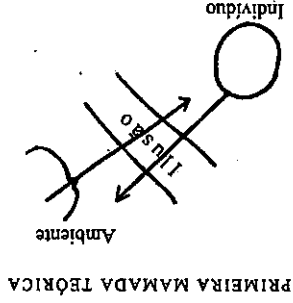


FIG. 11

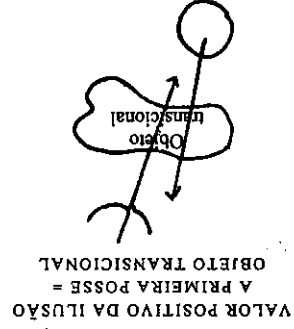


FIG. 12

mitivos diga respeito exatamente aos mesmos fenômenos que se apresentam no estudo da esquizofrenia em adultos e dos estados esquizóides em geral, e também das defesas organizadas contra a confusão e a não-integração. O estudo minucioso de um indivíduo esquizóide de qualquer idade transformativa-se no estudo do desenvolvimento inicial desse mesmo indivíduo, ainda no interior do conjunto ambiente-indivíduo, no momento em que ele dali começa a emergir.

Assim, del-me ao trabalho de estudar todo o processo do desenvolvimento inicial do psicossoma, incluindo os adiantamentos e as distorções. Terei de ser dogmático, e espere que o que vou dizer fique mais compreensível com a ajuda de alguns diagramas.

As Figs. 9 e 10 representam o modo pelo qual o indivíduo é afetado pelas tendências do ambiente, especialmente num estágio muito precoce. A

distúrbio deve proporcionar uma adaptação ativa à necessidade e construir um respeito pela noção de processo.

A Fig. 11 ilustra uma primeira mamada teórica. O potencial criativo do indivíduo, surgido da necessidade, produz um estado propício à alucinação. O amor da mãe e sua estreita identificação com o bebê fazem-na consciente da necessidade deste, o que a leva a providenciar alguma coisa mais ou menos no lugar certo e no momento certo. Esta situação, muitas vezes repetida, dá início à capacidade do bebê para usar a *ilusão*, sem a qual nenhum contato seria possível entre a psique e o ambiente. Se no lugar da palavra *ilusão* colo-carmos o 'polegar', ou a ponta do cobertor ou uma boneca de pano (obje-to-fetiche, Wulff, 1946), que alguns bebês utilizam à guisa de consolo ou conforto, ficará claro o que tentei descrever em outro lugar sob o termo *obje-to transitório* (Fig. 12). (Ver Cap. XVIII.)

Pelo diagrama da Fig. 13 é possível definir de outro modo essa área in-termediária de *ilusão*, que na primeira infância é um fenômeno não questo-nado, pois não se cobra do bebê que a defina em termos de ter sido criada por ele ou aceita como um pedaço da realidade percebida. Admitimos ao bebê essa *loucura*, e só gradualmente lhe pediremos que distinga claramente entre o que é subjetivo e o que é passível de comprovação objetiva ou científica. Nós, os adultos, usamos a arte e a religião como um tipo de 'recreio', do qual todos necessitamos ao lado do teste da realidade e da aceitação da realidade.

Se um indivíduo reivindica uma indulgência especial em relação a essa área intermediária, reconhecemos ali a psicose. Se se trata de um adulto, agregamos-lhe o epíteto de 'louco'. Na observação de crianças vemos mais uma vez a graduação natural entre as fraquezas comuns da natureza humana e a doença psicótica. Essas doenças psicóticas representam não mais que um exagero aqui e ali, e não implicam numa diferença essencial entre a sanidade e a insanidade.

A Fig. 14 mostra um dos modos de desenvolver utilmente os diagramas anteriores.

Na Fig. 15 tento mostrar como a tendência para uma cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo poderia ter início no fracasso da adaptação ati-va por parte do ambiente, no início da vida.

Nos casos extremos de cisão, a vida interior secreta terá muito pouco do que pertence à realidade externa. Ela é verdadeiramente incommunicável. Quando existe em alto grau a tendência à cisão nessa fase inicial, o indi-viduo corre o risco de ser seduzido para uma vida falsa, e os instintos tor-nam-se nesse caso aliados do ambiente sedutor. A pediatría, no que ela tem de pior (ou seja, ênfase na saúde física, negação de queixas psicológicas)

FIG. 13
REGIÃO INTERMEDIÁRIA DE
UMA ELABORAÇÃO DA FIG. 13

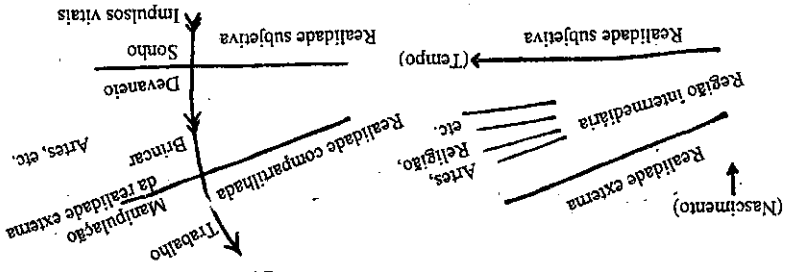


FIG. 14

FIG. 15
CISÃO BÁSICA DA PERSONALIDADE

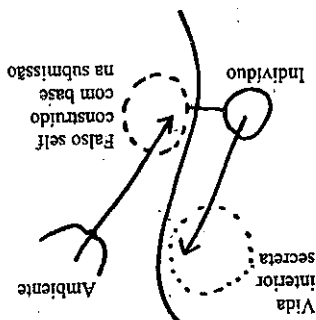


Fig. 9 mostra como, por uma adaptação ativa às necessidades do bebê, o am-biente lhe permite manter-se em isolamento sem ser perturbado. O bebê de nada sabe. Nesse estado ele faz um movimento espontâneo e o ambiente é descoberto sem perda da sensação de ser. A Fig. 10 mostra uma adaptação falha, que resulta em intrusão do ambiente sobre a criança, levando-a a re-agir. A sensação de ser é perdida nessa situação, e pode ser readquirida so-mente por uma volta ao isolamento. (Note-se a introdução do fator tempo, significando que há um *processo* em andamento.)

Esta simples formulação pode ser útil no esclarecimento de questões extremamente complexas. O segundo tipo de experiência, com a falha da adaptação suficientemente boa do ambiente, produz as distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo. Os relacionamentos provocam uma perda da sensação de ser, que vem a ser readquirida somente pelo retorno ao isola-mento. O estar isolado, porém, torna-se cada vez menos puro à medida que a criança afasta-se do início, pois envolve cada vez mais uma organização de-ferensiva para repudiar a intrusão ambiental. A terapia adequada a esse tipo de

pode ser vista como a exploração organizada de uma traição da natureza humana por meio dos instintos. Uma sedução bem-sucedida desse tipo pode produzir um eu falso que parece satisfazer o observador incauto, apesar de que a esquizofrenia se encontra latente e irá ao final exigir atenção. O falso eu, desenvolvido com base na submissão, não pode candidatar-se à independência da maturidade, salvo, quem sabe, a uma pseudomaturidade num ambiente psicótico.¹

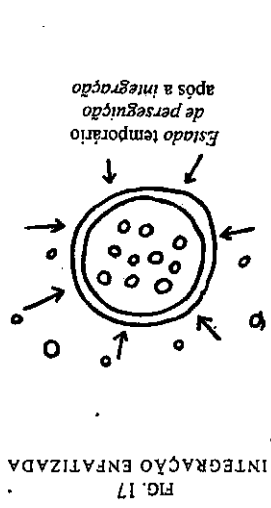
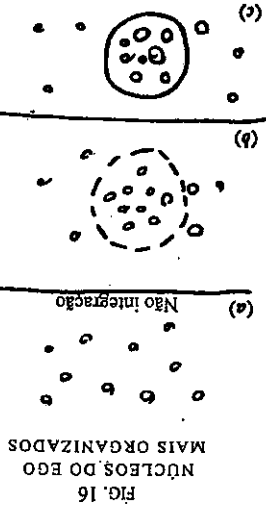
É possível afirmar que a adaptação à necessidade jamais é completa, mesmo no início quando a mãe é biologicamente orientada para essa função altamente especializada. O hiato entre a adaptação total e a adaptação incompleta é enfrentado pelos processos intelectuais do indivíduo pelos quais, gradualmente, as falhas do ambiente tornam-se aceitáveis, compreensíveis, toleráveis, e mesmo previsíveis. A compreensão intelectual converte a adaptação insuficientemente boa do ambiente numa adaptação suficientemente boa. Naturalmente, ao utilizar-se desse mecanismo, o indivíduo encontra-se em condições bem melhores, se o ambiente comporta-se de modo coerente. A adaptação variável, devido à sua imprevisibilidade, revela-se traumática e anula os bons efeitos de um ocasional atenuamento extremamente sensível à

numa situação em que houver limitações à capacidade intelectual (em função de um tecido cerebral maldotado), a capacidade do bebê de traduzir a adaptação insuficientemente boa numa adaptação suficientemente boa é reduzida, disto resultando uma incidência maior de psicoses em deficientes mentais do que na população normal. Um tecido cerebral excepcionalmente bem-dotado capacita o bebê a absorver uma falha grave na adaptação à necessidade, mas nesse caso pode ocorrer uma prostração da atividade mental a ponto de encontrarmos clinicamente uma hipotrofia dos processos intelectuais associada a um surto esquizotípico latente.

Não estou afirmando que isto é tudo que há a dizer sobre as origens da atividade intelectual ou sobre a psicose em deficientes mentais, mas é útil abordarmos o problema da atividade mental desta forma, pois assim é possível perceber de que modo a atividade mental pode ser explorada a ponto de tornar-se inimiga da psique.

As Figs. 16 e 17 chamam a atenção para o fato de que personalidade não tem início como algo completo em si mesmo, se pensarmos do ponto de vista do bebê. Em vários sentidos, a unidade da psique individual torna-se um fato

1 Ver nota 11 de Cap. XVI, N.T.



primeiramente nos momentos descritos em 16b, e posteriormente ao longo de períodos variados de tempo (16c). (Ver Glover, 1932.)

Não é necessário diagramar algum para ilustrar um outro desenvolvimento importante, em consequência do qual a psique individual acaba por assentar-se no corpo. Esse processo ocorre muito cedo em certos momentos, e gradualmente torna-se estabelecido de modo mais persistente. No entanto, essa aquisição pode ser perdida devido ao esgotamento ou à falta de sono, ou em razão de ansiedades pertencentes a outros estágios do desenvolvimento emocional.

Neste contexto, gostaria de citar a figura de Humphry Dumpty. Trata-se de uma personagem que acabou de alcançar a integração, tornando-se um único todo, e recém-emergiu do conjunto ambiente-indivíduo, de modo que ele se vê em cima do muro, não mais sustentado com devoção. Ele está num momento visivelmente precário de seu desenvolvimento emocional, muitíssimo vulnerável a uma desintegração irreversível.

A Fig. 17 descreve a junção dos fragmentos — um movimento de grande perigo para o indivíduo. Em relação ao conjunto total ambiente-indivíduo, a atividade de integração produz um indivíduo em estado bruto, um paranoico em potencial. Nesse novo fenômeno, o mundo externo, os perseguidores são neutralizados no desenvolvimento saudável normal pela presença da mãe devotada, que fisicamente pela sustentação e psicológica-mente (pela compreensão ou empatia, que possibilitam a adaptação) garante

brincadeira, há um grau muito maior de controle onipotente, os materiais utilizados não são organizados em algum padrão definido, e não há um fim para as energias da criança.

Conclusão

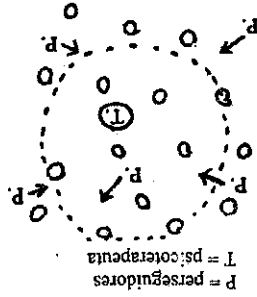
Os temas discutidos neste capítulo constituem um território comum tanto à criação de filhos quanto à psiquiatria geral de adultos. Para avançar nesta discussão, eu teria que abordar as questões da posição depressiva e da conquista do sentimento de concernimento, da capacidade de sentir culpa, da construção de um mundo interno sujeito a pressões e tensões, e assim por diante. Tudo isto foi deixado de lado.

Tentei mostrar que o estudo de uma teoria da criação de filhos nos leva a uma teoria da saúde mental e dos distúrbios psiquiátricos (ver Cap. XIII).

A base para a saúde mental é instaurada pela mãe desde a concepção e ao longo dos cuidados comuns por ela dispensados ao seu bebê, em razão de sua motivação especial nesse sentido. A doença mental de tipo psicótico surge a partir de adiantamentos e distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo. A doença mental emerge sem ser percebida das dificuldades normais inerentes à natureza humana, e que dão o colorido próprio à tarefa de ajudar as crianças a crescer, seja pelos pais, por enfermeiras ou por professores. A proflaxia da psicose é, portanto, da responsabilidade dos pediatras, do que eles devem ter conhecimento.

1 A palavra 'normal' é empregada por mim no sentido de 'comum', 'corriqueiro', e não para indicar um estado oposto a 'anormal', N.T.

FIG. 18
UM ESTADO ESQUÍZIDE



o isolamento primário do indivíduo. Uma falha ambiental precisamente aqui faz o indivíduo começar com um potencial paranoide. Isto aparece tão cedo e tão claramente, que devemos perdoar os que (por não conhecerem a psicologia do bebê) o explicam em termos de hereditariedade.

Como defesa contra as terríveis ansiedades do estado paranoide nos primeiros tempos de vida, não é raro surgir um estado organizado ao qual já foram dados diversos nomes (por exemplo, introversão defensiva patológica). O bebê vive permanentemente em seu próprio mundo interno, o qual, porém, ainda não está solidamente organizado. O complicador da perseguição externa é mantido a distância através de uma fuga à integração, evitando o estado de unidade. Ao relacionar-se com uma criança desse tipo, vemos-nos entrar e sair do mundo interno em que ela vive, e enquanto estamos dentro dele ficamos sujeitos a um controle mais ou menos onipotente, controle esse, porém, que não é exercido a partir de um ponto central consistente. É um mundo mágico, que faz com que nos sintamos loucos. Todos os que já trataram de crianças psicóticas desse tipo sabem o quão louco é preciso estar para viver ali, e no entanto é necessário estar ali, e permanecer ali por longos períodos a fim de alcançar algum resultado terapêutico.

1 Melanie Klein postulou uma posição paranoide no desenvolvimento emocional. Eu descrevi o que encontrei, e creio que isto se relaciona com o que Klein descreveu.

A primeira posse

Aqueles que mantêm um contato estreito com as mães, suas preocupações e problemas, já estão bem conscientes da riqueza característica apresentada pelos padrões de uso que os bebês fazem de sua primeira posse *Não-en*. Esses padrões, uma vez apresentados, podem ser submetidos à observação direta. Podemos encontrar uma ampla variação na sequência de eventos que se iniciam com o punho-na-boca do recém-nascido e o levam em certo momento a apegar-se a um ursinho, a uma boneca, a um brinquedo por vezes macio, por vezes duro. Obviamente, há algo importante aqui que não a excitação e a satisfação oral, ainda que estas constituam a base de todo o resto. É possível estudar diversos outros temas importantes, que incluem:

- A natureza do objeto.
- A capacidade do bebê de reconhecer o objeto como um *Não-en*.
- O lugar do objeto — dentro, fora, na fronteira.
- A capacidade do bebê de criar, pensar em, imaginar, dar origem a um objeto.
- O início de um relacionamento objetal de natureza afetiva.

Introduzi as expressões 'objeto transicional' e 'fenômeno transicional' para designar a área intermediária da experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal, entre a criatividade primária e a projeção do que já teria sido introjetado, entre a não consciência primária da dívida e o reconhecimento da dívida ('Diz: *'bigado'*).

De acordo com esta definição, o balbucio do bebê e o modo como uma criança mais velha repassa todo um repertório de canções enquanto se prepara para dormir ocorrem no interior da área intermediária na condição de fenômenos transicionais, juntamente com o uso de objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas que não são inteiramente reconhecidos como pertencentes à realidade exterior.

Uma descrição da natureza humana realizada em termos dos relacionamentos interpessoais é geralmente vista como inadequada, mesmo abarcan-do a elaboração imaginativa das funções, a fantasia como um todo, tanto consciente quanto inconsciente, e inclusive o inconsciente reprimido. Há um outro modo de descrever pessoas que deriva das pesquisas realizadas nas duas últimas décadas, pelo qual todo indivíduo que alcançou a condição de ser uma unidade (com uma membrana limitadora entre o exterior e o seu in-

Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais (1951)¹

Capítulo XVIII

Um estudo da primeira posse *Não-en*²

Introdução

É MUITÍSSIMO CONHECIDO o fato de que os bebês, logo após o nascimento, tendem a usar punhos, dedos e polegares para estimular a zona erógena oral a fim de satisfazer os instintos ligados a esta, e também quando estão em momentos de relacionamento tranquilo. Sabemos ainda que após alguns meses os bebês de ambos os sexos passam a gostar de brincar com bonecas, e que a maioria das mães permite que seus bebês adotem algum objeto especial, e espera que eles se tornem 'viciados' nesses objetos, por assim dizer. Alguma coisa liga essas duas ordens de fenômenos, separados entre si por um intervalo de tempo, e o estudo do desenvolvimento do primeiro para o segundo poderá ser proveitoso, pois fará uso de um material clínico até agora um tanto negligenciado.

1 Baseado num trabalho apresentado à British Psycho-Analytical Society em 30 de maio de 1951. Publicado no *Int. J. Psycho-Anal.*, vol XXXIV, 1953.
2 Devo assinalar que a palavra 'objeto' (em vez de 'posse') num título aos membros da Sociedade, usei realmente a palavra 'objeto' (em vez de 'posse') num determinado lugar por engano, o que levou a uma certa confusão. Já foi dito que o primeiro objeto *Não-en* é considerado geralmente como sendo o seio. Chamo a atenção do leitor para o uso do termo 'transicional' por Fairbairn, em diversas passagens (1952, p. 35).

terior) possui uma *realidade interna*, um mundo interno que pode ser rico ou pobre, e que pode estar em paz ou em estado de guerra.

A minha reivindicação é a de que, se há necessidade dessa duplicidade na descrição, há a necessidade de uma descrição triplíce: existe uma terceira parte na vida do indivíduo, parte essa que não podemos ignorar, uma realidade intermediária da *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente enganado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas.

É frequente a referência ao 'teste da realidade' e a uma clara distinção entre percepção e aprecepção. Estou neste momento apresentando a minha reivindicação de que existe um estado intermediário entre a incapacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade, e sua crescente capacidade em fazê-lo. Estou, portanto, estudando a substância da *ilusão*, aquela que admitimos na criança, e que na vida adulta é inerente à arte e à religião. Podemos compartilhar um respeito por alguma *experiência ilusória*, e se desejarmos, podemos nos unir e formar um grupo com base em experiências ilusórias semelhantes. Esta é uma das raízes naturais para a tendência humana de formar grupos. No entanto, identificamos a marca registrada da loucura na tentativa de um adulto de fazer uma reivindicação intensa demais sobre a credulidade alheia, a fim de forçar outras pessoas a reconhecerem e compartilharem uma ilusão que não é delas.

Espero que não haja dúvidas de que não estou me referindo exatamente ao urzinho da criança nem ao primeiro uso, pelo bebê, do punho (dedos, polegar). Não estou estudando especificamente o primeiro objeto nos relacionamentos objetivos. Meu interesse aqui é a primeira posse, e a área intermediária entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido.

O desenvolvimento de um padrão pessoal

Muitas referências há na literatura psicanalítica ao processo que evolui da 'mão na boca' à 'mão nos genitais', mas bem menos referências são feitas ao progresso que leva à manipulação dos verdadeiros objetos *Não-em*. Cedo ou tarde ocorre no desenvolvimento da criança a tendência a tecer objetos outros-que-não-eu no interior do padrão pessoal. Em certa medida, tais objetos representam o 'seio, mas não é este ponto específico que nos interessa agora.

Alguns bebês colocam na boca o polegar, enquanto os dedos são levados a acariciar o rosto por meio de movimentos de pronação e supinação do antebraço.

A boca está nesse momento ativa em relação ao polegar, mas não em relação aos dedos. Os dedos que acariciam o lábio superior ou uma outra parte do rosto podem ser ou podem tornar-se mais importantes que o polegar no interior da boca. Essa atividade acariciadora pode, inclusive, existir por si só, na ausência da fusão mais direta entre o polegar e a boca. (Cf. Freud, 1905, Hoffer, 1949).

Na experiência cotidiana encontramos os seguintes fenômenos, cumprindo a atividade auto-erótica de chupar o polegar:

1. Com a outra mão, o bebê segura um objeto externo, digamos uma parte do lençol ou do cobertor, e a leva à boca juntamente com os dedos. Ou então
2. De algum modo o pedaço de pano¹ é segurado e chupado, ou não chupado realmente. Os objetos incluem naturalmente guardanapos e (posteriormente) lençóis, dependendo do que esteja disponível pronta e confiavelmente. Ou então
3. O bebê começa desde os primeiros meses a arrancar e coletar lá e a usá-la para fazer as carícias.² Mais raramente a lá e engolida, mesmo causando problemas. Ou então
4. Movimentos com a boca, acompanhados por sons de 'mmm', 'bal-bucios',³ ruídos anais, as primeiras notas musicais etc.

É possível imaginar que o pensamento ou o devaneio estariam ligados a essas experiências funcionais.

A todas estas coisas estou chamando de *fenômenos transicionais*. Pode acontecer, também, que de tudo isto (se estivermos estudando uma determinada criança) emerge algo ou algum fenômeno — talvez uma bolinha de lá ou a ponta de um cobertor ou edredom, uma palavra ou melodia, ou um manetismo, que se tornam vitalmente importantes para a criança, que os usa quando vai dormir, e que funcionam como uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade depressiva (Cf. Illingworth, 1951). A criança pode ter encontrado e passado a usar algum objeto macio ou a coberta do berço, que se transformam no que estou chamando de *objeto transicional*. Esse objeto conserva a sua importância. Os pais ficam sabendo de seu valor e o levam nas viagens da família. A mãe permite que ele fique sujo e mesmo

1 Um exemplo recente é a boneca-cobertor no filme *A Two-year-old Goes to Hospital*, de James Robertson (da Clínica Tavistock). Cf. Robertson *et al.* (1952).
2 Aqui poderia estar a expressão *'wool gathering'* (literalmente, 'juntar lã', significando devanear), cujo sentido seria: habitar a região intermediária ou transicional.
3 Cf. Scott (1955).

malcheiroso, sabendo que se ela o lavar haverá uma ruptura na experiência do bebê, uma quebra que poderá destruir o valor e o significado do objeto. A meu ver, o padrão dos fenômenos transicionais começa a tornar-se perceptível por volta dos 4-6-8-12 meses de idade. Deixo propositalmente aberto o espaço para uma variação muito ampla.

Os padrões estabelecidos no início perduram ao longo de toda a infância, de modo que o objeto macio original continua a ser absolutamente necessária, de modo que o objeto macio original continua a ser absolutamente necessária na hora de dormir ou em momentos de solidão, ou quando surge a ameaça de um humor depressivo. Na saúde, em todo caso, há um gradual alargamento da amplitude dos interesses, e em algum momento a amplitude alargada se mantém, mesmo na proximidade de uma ansiedade depressiva. A necessidade de um objeto específico ou de um comportamento padronizado do iniciado nos primeiros tempos de vida pode reaparecer num momento posterior, quando surge o perigo da privação.

Essa primeira posse é utilizada em conjunto com técnicas especiais originadas na mais tenra infância, que podem incluir ou existir independentemente de atividades mais diretamente auto-eróticas. Ao longo da infância, ursinhos e bonecas e brinquedos duros vão sendo adquiridos. Os meninos até certo ponto tendem a aderir ao uso de objetos duros, enquanto as meninas tendem a avançar para a aquisição de uma família. É importante notar, porém, que não há qualquer diferença observável entre meninos e meninas quanto ao uso da posse *Não-ou original*, que eu aqui denomino objeto transicional.

Quando o bebê passa a usar sons organizados (mmm, tá, dá), pode aparecer uma 'palavra' para o objeto transicional. O nome dado pelo bebê para esses objetos iniciais é frequentemente significativo, e normalmente traz incorporada a parte de uma palavra usada pelos adultos. Por exemplo, o nome pode ser 'Baa', o 'b' sendo parte da palavra 'bebe'. Costaria de acrescentar que por vezes não há objeto transicional algum, exceto a mãe. Ou então o bebê está de tal modo perturbado emocionalmente que a transição não pode ser usufruída, e pode ocorrer também que a sequência de objetos utilizados seja rompida. A sequência pode, ainda assim, ser mantida às ocultas.

Sumário das características especiais no relacionamento

1. O bebê assume direitos sobre o objeto, e nós concordamos com isto. Ainda assim, alguma ab-rogação de onipotência está presente desde o início.
2. O objeto é afetuosamente acariciado tanto quanto amado com excitação e mutilado.

3. Ele não deve mudar nunca, a não ser que a mudança seja provocada pelo bebê. Ele deve sobreviver ao amor e também ao ódio instintivos e, caso esta seja uma característica, à agressividade em estado bruto.
5. Mas ele deve dar a impressão de proporcionar calor, ou de se mover, ou de ser dotado de textura, ou fazer algo mostrando que tem vitalidade ou realidade próprias.
6. Ele vem de fora, do nosso ponto de vista, mas não do ponto de vista do bebê. Ele também não vem de dentro: não é uma alucinação.
7. Seu destino é o de poder ser gradualmente descatexizado, de modo que no decorrer dos anos ele se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isto quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não 'vai para dentro', nem o sentimento a seu respeito sofre repressão necessariamente. Ele não é esquecido e não há um luto por ele. Ele perde o sentido, e isto porque os fenômenos transicionais tornaram-se difusos, espalharam-se sobre todo o território inter-medário entre a 'realidade psíquica interna' e o 'mundo externo conforme é percebido por duas pessoas que estão de acordo', isto é, sobre todo o campo da cultura.

Neste ponto meu tema amplia-se, abarcando o brincar, a criação e a apreciação da arte, o sentimento religioso, o sonho, e também o fetiche, a mentira e o roubo, a origem e a perda dos sentimentos de afeição, a adição a drogas, o talismã do ritual obsessivo, e assim por diante.

A relação entre o objeto transicional e o simbolismo

É verdade que o pedaço de cobertor (ou o que quer que seja) simboliza algum objeto parcial, como por exemplo o seio. No entanto, o fato é que seu valor reside menos em seu simbolismo que em sua realidade: não ser o seio (ou a mãe) é tão importante quanto representar o seio (ou a mãe). Quando o simbolismo é empregado, o bebê já pode distinguir claramente entre fato e fantasia, entre objetos internos e externos, entre criatividades primárias e percepção. Mas o termo 'objeto transicional', segundo a minha sugestão, abre espaço para a possibilidade de aceitar diferenças e similaridades. Creio que haveria utilidade para um termo que indicasse a raiz do simbolismo no tempo, um termo que descrevesse a travessia do bebê desde a subjetividade até a objetividade. É acredito que o objeto transicional (a ponte do cobertor etc.) é o aspecto visível dessa travessia em direção à experimentação.

Seria possível compreendemos o objeto transicional mesmo não compreendendo ainda inteiramente a natureza do simbolismo. Aparentemente, o simbolismo pode ser estudado apenas dentro do processo de crescimento de

um indivíduo, e na melhor das hipóteses ele terá um significado variável. Por exemplo, se pensarmos na hostia do Santo Sacramento, a qual simboliza o corpo de Cristo, creio estar certo ao dizer que para a Igreja Católica ela é esse corpo, e que para a comunidade protestante ela é um *substituto*, uma evocação, não sendo em sua essência o verdadeiro corpo em si mesmo. Nos dois casos, porém, trata-se de um símbolo.

Uma paciente esquizóide perguntou-me, após o Natal, se havia gostado de comê-la durante a festa. E então quis saber se eu *realmente* a havia comido, ou apenas na *fantasia*. Eu sabia que ela não poderia ficar satisfeita com qualquer uma das alternativas. Sua cisão precisava das duas respostas.

Descrição clínica de um objeto transicional

Quem mantém contato com pais e crianças conhece uma infindável quantidade e variedade de ilustrações clínicas para este tema.¹ As ilustrações a seguir são fornecidas apenas para fazer com que os leitores se lembrem dos exemplos encontrados em sua própria experiência.

Dois irmãos: Contrastes no uso das posses

Distorções no uso do objeto transicional. X, agora um homem saudável, foi obrigado a abrir caminho rumo à maturidade à custa de um grande esforço. A mãe 'aprendeu a ser mãe' ao cuidar de X quando este era bebê, e conseguiu evitar certos erros com os outros filhos graças ao que havia aprendido com X. Houve inclusive certas razões externas para que ela estivesse ansiosa à época em que cuidou sozinho de X. Ela tinha levado muito a sério o seu trabalho de mãe, e amamentou X ao seio até os sete meses, percebendo depois que esse tempo foi longo demais, pois X teve muita dificuldade em ser desmamado. Ele jamais sugou o polegar ou os dedos, e quando ela o desmamou, 'ele não tinha nada mais em que se apoiar'. Ele jamais teve mamadeira ou chupeta ou outra forma de alimentação. Seu precocce e intenso apego era com a própria mãe, em pessoa, e era da sua pessoa concreta que ele necessitava.

¹ Há alguns exemplos excelentes no único artigo que encontrei a esse respeito. Wulff ('Fetichism and Object Choice in Early Childhood', *Psychosom. Quart.*, 1946, 15, p. 450) está claramente discutindo esse mesmo fenômeno, mas ele o chama de 'objeto fetiche'. Não creio que esse termo esteja correto, e mais adiante falei a respeito. Na verdade, eu não tinha conhecimento do artigo de Wulff antes de escrever o meu, mas me senti apoiado e tive muito prazer em descobrir que um outro colega já havia considerado o tema digno de ser discutido. Ver também Abraham (1916) e Lindner (1879).

A partir dos doze meses, ele adotou um coelho ao qual acauciava, e sua atenção por esse coelho acabou transferida para coelhos reais. Esse coelho específico permaneceu com ele até os cinco ou seis anos de idade. Seria possível descrevê-lo como um *confortador*, porém jamais teve as verdadeiras características de um objeto transicional. O coelho nunca foi mais importante que a mãe, como teria sido um objeto transicional, que é quase uma parte inseparável da própria criança. No caso desse menino em particular, o tipo de ansiedade trazido à tona pelo desmame fez com que ele sofresse mais tarde de asma, vencida depois de bastante tempo. O fato de ter encontrado um emprego bem longe de sua cidade natal foi muito importante. Seu apego à mãe ainda é muito intenso. Ele se localiza dentro da definição mais ampla de normalidade, ou de saúde. Nunca se casou.

Uso típico do objeto transicional. O irmão mais moço de X, Y, desenvolveu-se bastante bem em todos os sentidos. Atualmente tem três filhos saudáveis. Foi amamentado ao seio durante quatro meses, e desmamado sem dificuldades. Y chupou o polegar em suas primeiras semanas e isso também fez com que o desmame fosse mais fácil para ele que para o seu irmão mais velho. Pouco depois do desmame, aos cinco ou seis meses, ele adotou a ponta de um cobertor onde terminava a costura. Ficava contente quando um pouco de lá repuxava da ponta, fazendo com ela cócegas no nariz. Isto tornou-se muito cedo o seu 'baa'. Ele inventou essa palavra para si mesmo, assim que começou a organizar sons. Quando tinha cerca de um ano, substituiu a ponta do cobertor por uma camisa de malha macia, verde, com uma gravata vermelha. Não se tratava de um 'confortador', como no caso de seu irmão deprimido, mas um 'tranquilizador'. Era um sedativo que sempre funcionava. Eis aqui um típico exemplo do que denomino *objeto transicional*. Quando do Y era um menininho, se alguém lhe desse o seu 'baa' ele infalivelmente punha-se a chupá-lo, e sua ansiedade desaparecia, e em poucos minutos ia dormir mesmo se ainda não estava na hora. Continuou a chupar o polegar ao mesmo tempo, até os três ou quatro anos, e ele se recorda que havia um lugar duro no polegar de tanto chupá-lo. Atualmente ele mostra interesse pelo mesmo hábito em seus filhos, e por seu uso de 'baas'.

As histórias de sete crianças nessa família permitem perceber certos elementos, organizados para efeitos de comparação na próxima página.

¹ A mãe 'aprendeu com o seu primeiro filho que seria uma boa ideia dar uma mamadeira ao mesmo tempo em que amamentava ao seio', ou seja, admitir que houvesse um valor positivo naquilo que podia substituí-la, e desta forma conseguiu um desmame mais fácil que com X.

Muitas vezes é possível colher informações de

se envergonhava muito. Era um coelho púrpura, com olhos vermelhos. 'Eu não gostava muito dele. Vivia jogando ele para todo lado. Agora ele é do Jeremy. Dei ele para o Jeremy porque ele era muito bagunceiro. *Vivia caindo da prateleira. Ele ainda me visita. Eu gosto quando ele me visita.* 'O menino ficou surpreso quando desenhou o coelho púrpura. Note-se que esse menino de onze anos de idade, com uma percepção de realidade normalmente boa, falava com uma aparente falta de percepção da realidade, quando se referia às características e às atividades do seu objeto transicional. Quando entre-vistei a mãe, ela se mostrou surpresa ao ver que Angus lembrava-se do coelho púrpura. Ela o reconheceu facilmente pelo desenho colorido.

* Incontáveis objetos semelhantes e macios, classificados por cor, comprimento, largura, sub-metidos muito rapidamente a uma classificação.

Olive, 1954).

DA PEDIATRIA À PSICANÁLISE

consagrada:

- Relacionamento com o objeto interno (Klein)*

ele tampouco é um objeto externo.

Ilusão—desilusão

A fim de preparar o terreno para a minha própria contribuição positiva para esse tema, devo colocar em palavras certas coisas que, a meu ver, são

muito facilmente consideradas óbvias em muitos escritos psicanalíticos sobre o desenvolvimento emocional infantil, ainda que seja possível compreender de-las na prática.

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê perdida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para e além da identificação primária (ver Freud, 1923, p. 14)¹ a não ser que exista uma mãe suficiente boa? A 'mãe' (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa às necessidades do mesmo, uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a mãe propriamente dita tem maiores possibilidades de ser suficientemente boa do que uma outra pessoa, pois essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e livre de ressentimentos. De fato, o sucesso ao cuidar de um bebê depende mais da devoção do que da inteligência ou do conhecimento.

A mãe suficientemente boa, conforme assinala, parte de uma adaptação quase total às necessidades de seu bebê, e com o passar do tempo adapta-se cada vez menos intimamente, de acordo com a capacidade crescente do bebê de lidar com as suas falhas.

O bebê lida com a falha materna por meio dos seguintes recursos:

Sua experiência, repetida com frequência, de que a frustração tem um limite de tempo. No início, naturalmente, esse limite deve ser curto.

Uma crescente sensação de que existe um processo.

O início da atividade mental.

O uso de satisfações auto-eróticas.

A memória, a reavivescência, o devaneio, o sonho; a integração entre passado, presente e futuro.

Se tudo vai bem, o bebê pode realmente ganhar algo com a experiência de frustração, pois a adaptação incompleta à necessidade torna os objetos reais, ou seja, tanto odiados quanto amados. Disto resulta que, *se tudo vai bem*, o bebê pode ser perturbado por uma adaptação à necessidade excessiva-

1 Ver também Freud (1921), pág. 65.

2 Um dos efeitos — o mais importante — da falha da mãe a esse respeito no início da vida do bebê é analisado com muita clareza (do meu ponto de vista) por Marion Milner (1952, pág. 181). Ela mostra que em consequência da falha da mãe ocorre um desenvolvimento prematuro do ego, levando a uma distinção precoce entre os objetos, bom e mau. O período de ilusão (ou minha Fase Transicional) sofre uma perturbação. Na análise, ou em várias atividades da vida diária, o indivíduo estará sempre em busca do precioso lugar de descanso proporcionado pela ilusão. Sob este aspecto, a ilusão tem um valor positivo. Ver também Freud (1950).

vamente prolongada, sem que ocorra o natural decréscimo, visto que a adaptação perfeita assemelha-se à magia, e o objeto que age de modo perfeito revela-se não melhor que uma alucinação. No entanto, *no início* a adaptação deve ser quase perfeita, e a menos que assim seja não é possível ao bebê compreender a desenvolver a capacidade de relacionar-se com a realidade externa, ou mesmo de conceber uma realidade externa.

A ilusão e o valor da ilusão

Nos primeiros tempos, a mãe, por adaptar-se em quase 100 por cento, proporciona ao bebê a possibilidade de ter a *ilusão* de que o seu seio é uma parte dele. Ou seja, como se este estivesse sob o seu controle mágico. O mesmo pode ser dito em termos dos cuidados em geral, nos momentos tranquilos entre as excitações. A onipotência é quase um fato da experiência. A tarefa da mãe será posteriormente a de desiludir o bebê, mas ela não terá misto qual-quer chance de ser bem-sucedida, caso não tenha sido capaz de oferecer inicialmente a possibilidade da ilusão.

Em outras palavras, o seio é criado e recriado vezes sem conta pelo bebê a partir de seu amor ou (podíamos dizer) de sua necessidade. Desenvolve-se então um fenômeno subjetivo dentro do bebê, que podemos chamar de 'seio da mãe'. A mãe coloca o seio real justamente ali onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento certo.

O ser humano, portanto, preocupa-se desde a infância com a questão do relacionamento entre o que é objetivamente percebido e o que é subjetivamente concebido, e na resolução desse problema não haverá saúde para o indivíduo cuja mãe não lhe proporcionou um ponto de partida adequado. *A região intermediária à qual estou me referindo é aquela que é liberada para o bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade.* Os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão, sem a qual não há para o ser humano sentido algum na idéia de um relacionamento com um objeto percebido pelos outros como externo a ele.

1 Nisto eu incluo toda a técnica da maternagem. Quando se diz que o primeiro objeto é o seio da mãe, a palavra 'seio' é usada, a meu ver, para representar a técnica da maternagem tanto quanto a carne propriamente dita. A mãe pode ser suficientemente boa (do meu ponto de vista) mesmo quando usa a mamadeira. Se mantivermos em mente este sentido amplo da palavra 'seio', nele incluindo toda a técnica materna, surgirá uma ponte entre o modo como Melanie Klein descreve a história inicial do bebê e o modo com o faz Anna Freud. Permanece apenas uma diferença no que se refere às datas, que na verdade não é tão importante e que automaticamente desaparecerá com o tempo.

ta é o fato de que não se espera, quanto a isto, nenhuma decisão. A questão não é para ser formulada.

Este problema, que sem dúvida preocupa o bebê humano de um modo inicialmente oculto, transforma-se gradualmente num problema óbvio devido ao fato de que a tarefa mais importante da mãe (depois de proporcionar a possibilidade da ilusão) é a tarefa de desiludir. Esta antecede à tarefa do desmame, e continua ao longo do tempo como uma das tarefas de pais e professores. Pode-se dizer que a questão da *ilusão* é inerente ao ser humano e nenhum indivíduo a resolve jamais, ainda que uma compreensão *teórica* possa levar a uma solução *teórica*. Se as coisas vão bem nesse processo de desilusão gradual, o palco está armado para as frustrações que costumamos agrupar sob o termo 'desmame'. Mas não nos devemos esquecer de que, quando falamos sobre os fenômenos constelados ao redor do desmame (que Melanie Klein esclareceu tão especificamente), estamos presumindo um processo subjacente, o processo pelo qual a possibilidade da ilusão e a gradual desilusão foram proporcionadas. Se o conjunto ilusão-desilusão se ex-
travava, o bebê não pode dar conta de algo tão normal quanto o desmame, e nesse caso torna-se absurdo até mesmo falar de desmame. O mero término da amamentação ao seio não configura um desmame.

Podemos ver a tremenda significância do desmame no caso da criança normal. Quando testemunhamos a complexa reação posta em funcionamento numa dada criança pelo processo do desmame, sabemos que isto assim acontece com aquela criança porque o processo ilusão-desilusão vem transcorrendo tão bem que podemos ignorá-lo ao discutirmos o desmame propriamente dito.

Já foi declarado aqui que o processo de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna à realidade externa, e que o alívio para essa tensão é proporcionado pela área intermediária de experiências, a qual não é submetida a questionamentos (arte, religião etc.) (cf. Riviere, 1936). Essa região intermediária continua de modo direto a área do brincar da criança pequena que se encontra 'perdida' em sua brincadeira.

Na primeira infância, essa região intermediária é indispensável para que se inicie um relacionamento entre o bebê e o mundo, e sua existência se deve à maturação suficientemente boa na crítica fase precedente. A continuidade de (no tempo) do ambiente emocional externo e de elementos específicos do ambiente físico, tais como o(s) objeto(s) transicional(is), é essencial para que isto tudo possa acontecer.

A idéia ilustrada na Fig. 19 é esta: Em algum ponto teórico no início do desenvolvimento de cada indivíduo humano, este é capaz, dentro de um con-
texto fornecido pela mãe, de conceber a idéia de algo que irá satisfazer a ne-
cessidade que surge a partir da tensão instintiva. Não se pode dizer que o
bebê saiba desde o início o que será criado. Neste momento a mãe se faz pre-
sente. Da maneira usual, ela dá ao bebê o seu seio e o seu anseio potencial por
alimentar. A adaptação da mãe à necessidade do bebê, quando suficiente-
mente boa, dá a este a *ilusão* de que existe uma realidade externa que corres-
ponde à sua capacidade de criar. Dito de outro modo, há uma superposição
entre o que a mãe fornece e o que o bebê é capaz de conceber. Para o observa-
dor, a criança percebe o que a mãe realmente apresenta, mas esta não é toda a
verdade. O bebê concebe o seio somente na medida em que um seio poderia
ser criado ali e então. Não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologica-
mente, o bebê mame num seio que é parte dele mesmo, e a mãe dá leite a um
bebê que é parte dela mesma. Em psicologia, a idéia do intercâmbio baseia-
se numa ilusão.

Na Fig. 20 é dada uma forma à área de ilusão, a fim de ilustrar o que con-
sidero a função mais importante do objeto transicional e dos fenômenos
transicionais. O objeto transicional e os fenômenos transicionais dão a parti-
da a cada ser humano através daquilo que será sempre importante para ele,
ou seja, uma região neutra de experiência que não será questionada. Pode-
mos dizer do objeto transicional que se trata de algo sobre o qual temos um
acordo com o bebê, razão por que jamais lhe faremos a pergunta: 'Você
concebeu isto ou isto lhe foi apresentado a partir do exterior?' O que impor-

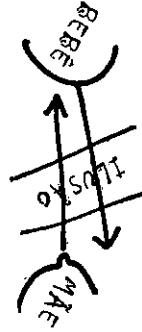


FIG. 19

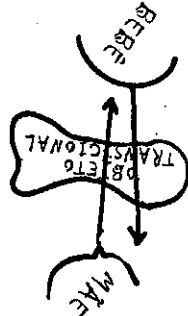


FIG. 20

Os fenômenos transicionais são permitidos à criança por causa da admissão intuitiva dos pais quanto à tensão inerente à percepção objetiva, e não se desafia a criança sobre a subjetividade ou a objetividade justamente ali onde se encontra o objeto transicional.

Se um adulto reivindicar de nós a aceitação da objetividade de seus fenômenos subjetivos, perceberemos ou diagnosticaremos a loucura de seu gesto. Se, porém, o adulto souber manejar e usufruir da área intermediária pessoal sem fazer reivindicações, poderemos aceitar o paralelo com a nossa área intermediária correspondente, e teremos prazer em perceber as superposições, ou seja, as experiências comuns entre os membros de um grupo na arte, na religião ou na filosofia.

Gostaria de chamar particularmente a atenção para o trabalho acima mencionado de Wulf, no qual é apresentado um material clínico para ilustrar exatamente o que eu estava relatando sob o título de objetos transicionais e fenômenos transicionais. Há uma diferença entre o meu ponto de vista e o de Wulf, que se manifesta no fato de eu utilizar esse termo especial, enquanto ele utiliza o termo 'objeto fetiche'. O exame do trabalho de Wulf nos leva a crer que ele trouxe para a primeira infância algo que pertence, na teoria corrente, às perversões sexuais. Não fui capaz de encontrar nesse trabalho o espaço necessário para a percepção do objeto transicional infantil como uma experiência precocemente saudável. No entanto, penso que os fenômenos transicionais são saudáveis e universais. Além do mais, se ampliarmos o uso do termo fetiche para cobrir fenômenos não patológicos, talvez estejamos desperdiçando uma parte do seu valor.

Proseguindo nesta direção, podemos admitir que o objeto transicional seja potencialmente um falo materno, que originalmente era um seio materno, ou seja, algo criado pelo bebê ao mesmo tempo que algo fornecido pelo ambiente. Desta forma, creio que o estudo do uso que o bebê faz do objeto transicional ou dos fenômenos transicionais em geral poderia lançar alguma luz sobre a origem do objeto fetiche e do fetichismo. Algo se perde, porém, quando caminhamos de marcha à ré da psicopatologia do fetichismo para os

Sumário

Fenômenos transicionais, que pertencem ao início da experiência e que são inerentes ao desenvolvimento emocional saudável.

Chamei aqui a atenção para o rico campo de observação proporcionado pelas experiências iniciais do bebê, que se expressam principalmente em termos do seu relacionamento com sua primeira posse. Essa primeira posse relaciona-se retroativamente aos fenômenos auto-eróticos e ao hábito de chupar o punho ou o polegar, e também prospectivamente ao primeiro bichinho macio ou boneca ou brinquedo. Relaciona-se tanto aos objetos externos (seio materno) quanto internos (o seio materno, mente introjetado), mas difere de ambos.

Os objetos e fenômenos transicionais pertencem ao reino da ilusão, o qual está localizado na base dos primórdios da experiência. Esse estágio inicial no desenvolvimento deve sua existência à capacidade especial da mãe de adaptar-se às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe a ilusão de que o que ele cria realmente existe. Essa área intermediária da experiência, não questionada sobre se ela pertence à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê, e pela vida agora se mantém como o lugar das experiências intensas no campo da arte, da religião e da imaginação, e também do trabalho científico criativo.

Podemos, portanto, estabelecer o valor positivo da ilusão. O objeto transicional de um bebê torna-se, em geral, gradativamente descatexizado, especialmente à medida que se desenvolvem os interesses culturais.

Na psicopatologia:

A *adipão* pode ser descrita como uma regressão a um estágio em que os fenômenos transicionais não eram questionados. O *fetichismo* pode ser descrito em termos da persistência de um objeto ou tipo de objeto específico datando das primeiras experiências infantis no campo da transicionalidade, ligado a um delírio do falo materno. A *pseudologia fantástica e o furto* podem ser descritos em termos do anseio inconsciente por estabelecer uma ponte sobre uma lacuna na experiência em relação a um objeto transicional.

A mente como função do psicossoma

O estudo do conceito de mente deve ser sempre realizado em relação a um indivíduo, um indivíduo total, aí incluído o desenvolvimento desse indivíduo desde o início de sua existência psicossomática. Aquele que aceita esta disciplina poderá, então, estudar a mente de um indivíduo enquanto especialização da parte psíquica do psicossoma.

A mente não existe enquanto entidade no esquema individual das coisas, sempre que o esquema corporal ou psicossoma desse indivíduo tenha evoluído satisfatoriamente desde os estágios mais primitivos. A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma.

No estudo do desenvolvimento do indivíduo, a mente será frequente-mente percebida como desenvolvendo uma *falsa entidade*, e uma *falsa localização*. O estudo dessas tendências anormais deve preceder o exame mais direto da mente enquanto especialização da psique saudável ou normal.

Estamos bastante acostumados a ver as duas palavras — mente e corpo — sendo utilizadas como uma oposição, e não faremos objeção a esse modo de usá-las na conversação cotidiana. Mas, se esses dois conceitos forem colocados em oposição numa discussão científica, algo muito diferente estará acontecendo.

Se usarmos esses dois termos em oposição para descrever alguma doença, por exemplo, nos veremos imediatamente em apuros. Os distúrbios psicossomáticos, a meio caminho entre o mental e o físico, estarão colocados numa posição inteiramente precária. A pesquisa no campo da psicossomatologia vem enfrentando obstáculos, até certo ponto, pela confusão a que estou me referindo (MacAlpine, 1952). Por outro lado, os neurocirurgiões vêm agindo sobre o cérebro normal ou saudável na tentativa de modificar ou melhorar estados mentais. Essas terapias 'físicas' estão totalmente à deriva com suas teorias. Muito curiosamente, parece que elas deixam de lado a importância do corpo físico, do qual o cérebro é uma parte integrante.

Tentemos, pois, pensar o desenvolvimento do indivíduo começando no início. Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando. É possível olhar para o desenvolvimento do corpo ou da mente. Suponho que a palavra psique, aqui, significa *elaboração imaginária* (imaginative) *dos elementos, sentimentos e funções somáticos*, ou seja, da vitalidade física. Sabemos que essa elaboração imaginativa depende da existência de um cérebro saudável em funcionamento, especialmente de certas partes do mes-

Capítulo XIX

A Mente e sua Relação com o Psicossoma¹ (1949)²

A VERIFICAÇÃO de quais seriam exatamente os elementos mentais irreduzíveis, principalmente os de natureza dinâmica, constitui em minha opinião um dos nossos mais fascinantes objetivos últimos. Esses elementos terão necessariamente um equivalente somático, provavelmente neurológico, e deste modo teremos, através do método científico, minimizado o hiato, velho como o tempo, entre a mente e o corpo. Arrisco-me a prever que, nesse dia, a anttese que tanto desconcertou os filósofos revelar-se-á baseada numa ilusão. Em outras palavras, *não acredito que a mente realmente exista como uma entidade* — o que é possivelmente algo surpreendente para ser dito por um psicólogo... [Itálicos meus]. Quando falamos da mente influenciando o corpo ou do corpo influenciando a mente, estamos apenas utilizando um recurso taquigráfico conveniente em lugar de uma frase bem mais desajeitada... (Jones, 1946).

Esta citação feita por Scott (1949) estimulou-me a tentar organizar as minhas próprias idéias sobre esse vasto e complexo problema. O esquema corporal com seus aspectos temporal e espacial fornece uma descrição valiosa do diagrama que o indivíduo tem de si próprio, e tenho a impressão de que não há em seu interior um lugar óbvio para a mente. Na prática clínica, porém, encontramos a mente como uma entidade localizada pelo paciente em algum lugar. Um estudo mais aprofundado desse paradoxo segundo o qual 'a mente não existe realmente como uma entidade' revela-se, portanto, necessário.

1 O termo 'psicossoma' foi utilizado por mim ao traduzir '*Natureza Humana*' (Imago, 1991), e não tenho notícias de que tenha sido contestado. Creio expressar assim a verdadeira intenção de Winicott, aí onde alcança o meu entendimento. N.T.

2 Trabalho apresentado à Seção Médica da British Psychological Society em 14 de dezembro de 1949, e revisado em 1953. Publicado no *Brit. J. Med. Psychol.*, vol. XXVII, 1954.

mo. A psique, entretanto, não é sentida pelo indivíduo como localizada-se no cérebro, ou em outra parte qualquer.

Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precocemente desenvolvida da psique com o corpo vivo. Num estágio posterior o corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, é *sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário. O desenvolvimento desse estágio é extremamente complexo, e apesar de tratar-se de um processo poderia já estar bastante completo poucos dias depois do nascimento, há um vasto campo para distorções do seu curso natural. E mais: tudo aquilo que se aplica aos estágios iniciais aplica-se também, até certo ponto, mesmo aos estágios que chamamos de maturidade da fase adulta.

Teoria da mente

Com base nestas considerações preliminares, vejo-me formulando uma teoria da mente. Tal teoria baseia-se no trabalho com pacientes de psicanálise que precisaram regredir a um nível extremamente precocemente desenvolvido dentro da transferência. Neste trabalho apresentarei apenas um único caso clínico como exemplo, mas a utilidade da teoria poderá ser constatada em nosso trabalho analítico diário.

Vamos partir do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica num *continuar a ser*. O psicossoma inicial prosssegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, desde que esse *continuar a ser não seja perturbado*. Por outras palavras, para que ocorra o desenvolvimento saudável do psicossoma inicial é necessário um ambiente *perfeito*. No início essa necessidade é absoluta.

O ambiente perfeito é aquele que se *adapta ativamente* às necessidades do recém-criado psicossoma, esse que, enquanto observadores, sabemos ser um bebê que acabou de nascer. Um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa *intrusão* à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de *reagir*. Essa reação perturba a continuidade do *seguir vivendo* do novo indivíduo. No início, o bom ambiente (psicológico) é na verdade físico, com a criança ainda no útero ou então sendo segura e cuidada de um modo geral. Somente no decorrer do tempo, o ambiente *vita* a desenvolver novas características que precisará de outros termos para descrevê-las, tais como emocionais ou sociais. De tudo isto emerge a mãe de-

votada comum, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam a saber através da identificação quais são as necessidades do bebê.

A necessidade de um ambiente bom, de início absoluta, torna-se rapidamente relativa. *A mãe devotada comum é suficientemente boa*. Se ela é *suficientemente boa*, o bebê *vita* a dar conta de suas falhas através da atividade mental. Isto se aplica não só à satisfação dos impulsos instintivos, mas igualmente a todos os tipos de necessidades primitivas do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo, ou de uma negligência ativa. Essa atividade mental do bebê transforma um ambiente *suficientemente bom* num ambiente perfeito, ou seja, transforma a falha relativa da adaptação num *exto adaptativo*. O que libera a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê. No curso normal dos acontecimentos, a mãe tenta não permitir que o bebê seja alcançado por complicações maiores que as que se encontram dentro da sua capacidade de tolerar, e trata especialmente de isolá-lo das coincidências e de outros fenômenos que estarão forçosamente fora das suas possibilidades de compreender. De um modo geral, ela tenta manter o mundo do bebê tão simples quanto possível.

Uma das raízes da mente, portanto, é o funcionamento variável do psicossoma, sempre às voltas com as ameaças à continuidade do ser que acampanham cada falha da adaptação ambiental (ativa). Consequentemente, o seu desenvolvimento é muitíssimo influenciado por fatores não específicosmente pessoais, e isto inclui fatores aleatórios.

No processo de criação dos bebês, é vitalmente importante que as mães forneçam desde o início essa adaptação ativa, primeiro em termos físicos e posteriormente em termos que incluam a imaginação, mas também e caracteristicamente essencial da função materna uma *gradual falha na adaptação*, de acordo com a crescente capacidade do bebê individual de suportar a falha relativa por meio de sua atividade mental, ou seja, por meio da compreensão. Assim sendo, surge no bebê uma tolerância em relação a fatores tanto egoicos quanto instintivos.

Seria talvez possível demonstrar que as mães são liberadas lentamente por bebês nos quais será encontrado um baixo QI, e por outro lado os bebês possuidores de um tecido cerebral excepcionalmente bom, que eventualmente darão um alto QI, liberaram suas mães mais cedo.

De acordo com esta teoria, portanto, em todo desenvolvimento individual a mente tem uma raiz, talvez sua raiz mais importante, na necessidade que o indivíduo tem, no cerne mesmo de seu eu, de um ambiente perfeito.

Gostaria de mencionar neste contexto o meu ponto de vista de que a psicose seria uma doença provocada pela deficiência ambiental (ver Cap. XVII). Algumas derivações dessa teoria parecem-me particularmente importantes. Certos aspectos da falha materna, principalmente o comportamento errático, levam a uma hiperatividade do funcionamento mental. Aqui, no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma, pois em reação a esse ambiente anormal o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo. Na saúde a mente não usurpa as funções do ambiente. Ela permite que ocorra a compreensão e por vezes até mesmo a utilização de suas falhas relativas.

O processo gradual pelo qual o indivíduo torna-se capaz de cuidar do seu eu pertence a estágios posteriores do desenvolvimento emocional, estágios que deverão ser atingidos no devido tempo, no ritmo ditado pelas forças naturais que regem o desenvolvimento.

Avançando mais um degrau, podemos nos perguntar o que acontece quando as tensões exercidas sobre o funcionamento mental organizado de-fensivamente contra um ambiente inicial tanto mais aumentam mais e mais. Uma das consequências é o estado confusional, e (num grau máximo) a deficiência mental que não deriva de defeitos no tecido cerebral. Um resultado mais comum dos graus menos elevados da maternagem tanto mais nos estágios iniciais é que *o funcionamento mental passa a existir por si mesmo*, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária. Clínica-mente, isto pode acontecer em concomitância com uma dependência da mãe real, e um falso crescimento pessoal com base na submissão. Trata-se de um estado de coisas extremamente desconfortável, principalmente porque a psi-que é 'seduzida' para transformar-se nessa mente, rompendo o relaciona-mento íntimo que anteriormente existia entre ela e o soma. Distó resulta uma psique-mente, um fenômeno patológico.

A pessoa que se desenvolve desta maneira exibe um padrão distorcido que afeta todos os estágios seguintes do desenvolvimento. Por exemplo, é possível observar uma tendência à identificação muito fácil com aspectos ambientais de todos os relacionamentos que implicam em dependência, e uma dificuldade em identificar-se com o indivíduo dependente. Clínica-mente, veremos que essa pessoa torna-se alguém que consegue ser uma *mão maravilhosa para os outros* por algum tempo. De fato, a pessoa que se de-senvolveu desta maneira poderia vir a ter *poderes curativos* quase mágicos, devidos à sua extrema capacidade de adaptar-se ativamente a necessidades

primitivas. No entanto, a falsidade desses padrões para a expressão da perso-nalidade fica evidente na prática. Há sempre a ameaça do colapso, porque o indivíduo precisa permanentemente *encontrar alguém* que tornará real o seu conceito de 'bom ambiente', para que esse indivíduo possa retornar ao está-gio do psicossoma dependente, único lugar a partir do qual é possível viver. Neste caso, passa a existir o desejo de 'não ter uma mente'.

Obviamente, não poderia existir uma parceria direta entre a psique-mente e o corpo do indivíduo. Mas a psique-mente será colocada por ele em algum lugar, ou dentro da cabeça ou em alguma relação especial com a cabe-ça, e isto pode vir a constituir-se numa causa importante para a dor de cabeça enquanto sintoma.

Perguntaremos então por que a cabeça seria o lugar dentro do qual a mente tenderia a ser localizada pelo indivíduo, e para esta pergunta eu não tenho resposta. Creio que uma boa razão para que o indivíduo precise situar a mente é pelo fato de esta ser uma inimiga, ou seja, para fins de controle so-bre ela. Um paciente esquizóide contou-me que a cabeça é um bom lugar onde colocar a mente porque, *como a cabeça não pode ser vista pela pró-pria pessoa*, ela obviamente não existe enquanto parte dessa pessoa. Um outro aspecto é o de que a cabeça passa por experiências especiais durante o processo do nascimento, mas para poder utilizar plenamente esse último fato devo antes referir-me a um outro tipo de funcionamento mental que pode vir a ser ativado de um modo especial durante esse momento. Trata-se de algo vinculado à palavra 'memorizar'.

Conforme assinalai acima, a continuidade do ser necessitaria ao psicós-soma em desenvolvimento (com relacionamentos internos e externos) é per-turbada pelas reações as intrusões ambientais, ou seja, as falhas do ambiente em relação à adaptação ativa. Segundo a minha teoria, uma quantidade cres-cente de reação à intrusão que perturba a continuidade do psicossoma passa a ser esperada e admitida na medida da capacidade mental. Intrusões que exigem um *excesso* de reação (de acordo com a próxima parte da minha teo-ria) não podem ser admitidas. O que pode acontecer além da confusão é que as reações sejam *catalogadas*.¹ Durante o nascimento ocorre uma situação perfeitamente apta a ser vivida como uma perturbação excessiva à continui-dade, em decorrência da reação à intrusão, e a atividade mental que estou descrevendo neste momento é aquela que diz respeito à memorização exata durante o processo do nascimento. Em meu trabalho psicanalítico, estou em contato vez por outra com regressões inteiramente controladas que ainda

1 Cf. a teoria de Freud da neurose obsessiva (1909).

A paciente do sexo feminino, agora com 47 anos de idade, construiu o que parecia a todos, menos a ela, um bom relacionamento com o mundo, e foi sempre capaz de ganhar o próprio sustento. Alcançou um bom nível de escolaridade e todos gostavam dela. De fato, creio que ela nunca foi realmente detestada. Ela própria, porém, sentia-se completamente insatisfeita, como se estivesse permanentemente à procura de si mesma e jamais conseguisse encontrar-se. Ideias suicidas certamente não faltavam, mas eram mantidas ao largo porque acreditava desde a infância que um dia ela viria a resolver o seu problema e encontrar a si mesma. Fez uma análise 'clássica' por vários anos, mas o núcleo de sua doença permaneceu inalterado. Comigo ficou logo claro que essa paciente precisava realizar uma regressão muito profunda, ou então desistir. Segui, então, a tendência regressiva, permitindo que esta levasse a paciente para onde quer que fosse. Em certa época, a regressão alcançou os limites da sua necessidade, e desde então entrou em funcionamento um progresso natural, com o verdadeiro eu — e não o falso — no poder.

Para os propósitos do presente trabalho, escolhi como exemplo um único ponto dentre uma enorme quantidade de material. Na análise anterior da paciente, houve incidentes em que ela se jogava para fora do divã de maneira histórica. Esses episódios eram interpretados de acordo com os padrões vigentes para fenômenos históricos desse tipo. Durante a regressão profunda alcançada nesta nova análise, foi lançada uma luz sobre o sentido dessas quedas. Ao longo dos dois anos de análise comigo, a paciente regrediu várias vezes para um estágio muito inicial, que era com certeza pré-natal. O processo do nascimento teria que ser revivido, e em certo momento compreendi que a necessidade inconsciente de reviver o nascimento subjazia às suas quedas do divã.

Muita coisa poderia ser dita sobre tudo isto, mas o ponto importante a meu ver é que cada detalhe da experiência do nascimento tinha sido obviamente retido, e não apenas isto, como tinha sido retido na sequência exata da experiência original. Uma dúzia de vezes ou mais o processo do nascimento foi revivido, e de cada vez a reação a um determinado aspecto externo im-
portante daquela experiência foi pinçada para ser vivida novamente. Aliás, essas revivências tornaram visível uma das principais funções da assim chamada atuação. Através da atuação, a paciente informava a si mesma quanto a um certo aspecto de sua realidade psíquica, difícil de ser alcançado naquele momento, mas do qual a paciente precisava muitíssimo to-

assim retrocedem no tempo até a vida pré-natal. Pacientes regredidos desta forma repassam o seu processo do nascimento inúmeras vezes, e foi surpreendente para mim encontrar provas convincentes de que durante o nascimento o bebê não apenas memoriza cada reação que perturba a continuidade do seu ser, mas aparentemente a memoriza na ordem correta. Não utilizei hipnose, mas tenho conhecimento de descobertas comparáveis colhidas através da hipnose, o que para mim é menos convincente. O funcionamento mental que estou descrevendo aqui, o qual poderia ser chamado de memorização ou catalogação, pode ser extremamente ativo e acurado à época do nascimento do bebê. Em seguida apresentarei uma ilustração clínica por meio de detalhes extraídos de um caso, mas em primeiro lugar gostaria de deixar claro que a meu ver esse tipo de funcionamento mental revela-se uma sobrecarga para o *psicossoma*, ou seja, para a continuidade do ser humano individual que constitui o eu. O indivíduo poderá mais tarde utilizar essa memória para reviver o processo do nascimento ao brincar ou numa análise cuidadosamente controlada. Mas esse tipo de funcionamento mental que consiste em catalogar age como um corpo estranho, sempre que fica associado a uma falha do ambiente (em adaptar-se ativamente) que for impossível de compreender ou prever.

Não há dúvida de que na saúde pode acontecer que os fatores ambientais sejam conservados fixos por esse método, até que o indivíduo esteja em condições de torná-los seus — após ter tido experiências libidinais e especialmente após experimentar impulsos agressivos, que podem ser projetados. Deste modo, e trata-se essencialmente de um modo falso, o indivíduo acaba por sentir-se responsável pelo ambiente ruim sobre o qual, na verdade, não lhe cabe responsabilidade alguma, e do qual ele poderia (se apenas soubesse disso) legitimamente acusar o mundo — que perturbou a continuidade de seu processo inato de desenvolvimento antes que o psicossoma estivesse suficientemente organizado para poder amar ou odiar. Em vez de odiar as falhas do ambiente, o indivíduo se desorganiza devido a elas, pois o processo transcorre antes que houvesse ódio.

Exemplo clínico

Um fragmento de um caso clínico é apresentado a seguir para ilustrar a minha tese. Depois de vários anos de intenso trabalho, fica difícil escolher um único detalhe, mas este fragmento mostrará que a minha proposta constitui parte integrante da rotina diária com os pacientes.

mar consciência. Apresento a seguir alguns dos padrões da atuação, mas infelizmente não posso fazê-lo na sequência correta, que sem dúvida possuía a sua própria importância.

A respiração muda, para poder ser examinada em seus mínimos aspectos. As constituições ao sair do corpo da mãe devem ser revividas, e assim recordadas. O nascimento visto a partir da fantasia no interior da barriga da mãe, uma mulher tensa e deprimida. As mudanças de não ser alimentada para ser alimentada ao seio, e depois na mamadeira.

O mesmo, com o acréscimo de que a paciente chupava o dedo dentro do útero, e ao sair precisou manter o punho em relação com o seio ou a mamadeira, criando assim uma continuidade entre as relações de objeto lá dentro e cá fora.

A difícil experiência da pressão na cabeça, e também o extremo horror quando a pressão acabou. Durante essa fase ela não teria suportado reviver a cena a não ser que sua cabeça fosse sustentada.

Nessa análise ainda há muito que compreender sobre o modo pelo qual as funções da bexiga são ateadas pelo processo do nascimento.

A mudança de uma pressão envolvente (dentro do útero) para uma pressão vinda de baixo (fora do útero). Quando moderada, a pressão significa amor. Após o nascimento, portanto, ela só era amada em seu lado de baixo, e ficava confusa a não ser que fosse virada de tempos em tempos.

Neste ponto tenho que deixar de lado uma dúzia ou mais de outros fatos igualmente significativos.

Gradualmente, a dramatização chegou à sua pior parte. Quando já estavam quase lá, surgiu a ansiedade de ter a cabeça esmagada. Isto foi inicialmente posto sob controle pela identificação da paciente com o mecanismo cuja função era esmagar. Era um momento perigoso, porque se houvesse uma atuação a esse respeito fora da transferência isto significaria suicídio. Nessa fase de atuação, ela existia nas pedras dos moinhos ou em qualquer outra coisa desse tipo que surgisse, e a gratificação lhe vinha da *destruição* da cabeça (incluindo a mente e a falsa psique), que havia perdido o sentido. Por fim, ela teve que aceitar a angústia. Já tínhamos tido vários indícios de um período de *blacked out* ou inconsciência, e houve movimentos espasmódicos que faziam pensar em convulsões na primeira infância. Parece que na experiência original houve perda de consciência, o que não poderia ser assimiliado pelo eu da paciente até que fosse aceita como uma morte. Quando isto se tornou real, a palavra morte mostrou-se inadequada e a paciente pas-

sou a substituí-la por 'entregar-se', e posteriormente ficou claro que a palavra certa era 'um não saber'.

Numa descrição completa do caso, eu teria preferido continuar nesta direção por algum tempo, mas o desenvolvimento deste e de outros temas deve ser adiado para outra oportunidade. A aceitação do 'não saber' produziu um profundo alívio. 'Saber' foi transformado em 'o analista sabe', ou seja, 'ele se comporta de modo confiável, adaptando-se ativamente às necessidades da paciente'. Toda a vida da paciente havia sido constituída em torno do funcionamento mental, o que se transformara no falso local (dentro da cabeça) a partir do qual ela vivia, e essa vida, que ela corretamente percebia como fal-sa, desenvolveu-se a partir desse funcionamento mental.

É possível que este exemplo clínico lance alguma luz sobre o que pretendo dizer quando afirmo que esta análise fez-me sentir que a catalogação das reações às intrusões ambientais, pertencentes ao período ao redor do nascimento, foi precisa e completa. Na verdade, creio que a única alternativa para o sucesso desse catalogar seria o fracasso completo, a confusão sem espertanças e a deficiência mental.

De fato, este caso ilustra estas minhas formulações tanto nos detalhes quanto de um modo geral.

Faço mais uma vez uma citação de Scott (1949):

Do mesmo modo, quando um paciente em análise 'perde o juízo', no sentido de que ele perde a ilusão de que precisa de um aparato psíquico separado de tudo aquilo que ele chama de seu corpo, seu mundo etc., essa perda é equivalente a todo aquele acesso e aquele controle conscientes entre a superfície e a profundidade, entre a periferia e a consistência de seu Esquema Corporal — suas memórias, percepções, imagens etc., às quais ele havia renunciado num período anterior de sua vida, quando a dualidade soma-psique ficou estabelecida. Não é raro que um paciente cuja primeira queixa é quanto ao medo de 'perder o juízo' acabe, não muito depois, por desejar perder esse tipo de crença e encontrar uma outra melhor.

Nesse momento de não saber apareceu na análise a memória de um pássaro, que 'ficava inteiramente parado, a não ser por uns movimentos da barriga que indicavam a respiração'. Por outras palavras, a paciente alcançou, aos 47 anos, aquele estado no qual o funcionamento fisiológico em geral constitui o viver. A elaboração psicológica desse funcionamento fisiológico é muito diferente do trabalho intelectual, que com tanta frequência torna-se artificialmente uma entidade em si mesma e se oferece falsamente como um lugar onde a psique pode residir.

Naturalmente, posso oferecer apenas um vislumbre dessa paciente, e mesmo se escolhemos uma pequena parte, apenas uma partícula dessa pequena parte poderia ser apresentada. Gostaria, porém, de ir um pouco adiante na questão do lapso de consciência. Não é necessário descrever o lapso da forma como ele apareceu em termos mais "adiantados", como o fundo de um poço, por exemplo, em cuja escuridão havia uma série de corpos mortos ou moribundos. Neste momento interessa-me apenas a forma mais primitiva pela qual a paciente deparou-se com ele durante o processo de revivescência dentro da situação transferencial. O lapso (hiato) na continuidade, que ao longo da vida da paciente havia sido ativamente negado, agora se tornou algo ansiosamente buscado. Encontramos uma necessidade de ter a cabeça atrombada, e violentas pancadas na cabeça tinham por intenção, ao que parece, produzir um *blackout*. Em certos momentos surgia uma necessidade urgente de destruir os processos mentais por ela localizados na cabeça. Foi necessário dar conta de uma série de defesas contra o pleno reconhecimento do desejo de chegar ao lapso na continuidade da consciência antes que ela pudesse aceitar o estado de não-saber. Ocorreu que no dia em que essa parte do trabalho alcançou o seu clímax, a paciente parou de escrever em seu diário.¹ Esse diário havia sido mantido ao longo da análise, e a partir dele teria sido possível reconstruir inteiramente a sua análise até o momento atual. Poucas das coisas percebidas por ela deixaram de ser ao menos indicadas no diário. O significado do diário tornou-se claro agora — ele era uma projeção de seu aparato mental, e não um retrato de seu verdadeiro eu, que na verdade jamais havia vivido, até que do fundo de sua regressão surgiu uma nova chance que lhe permitiu começar a viver.

1 O diário foi retomado algum tempo depois, agora com uma função menos definitiva e um objetivo mais positivo, incluindo o de algum dia tirar proveito de suas experiências.

que ela estava viva.

O resultado dessa parte do trabalho conduziu a uma fase temporária na qual não havia mente nem funcionamento mental. Era necessário que acontecesse um período no qual não havia mais que a respiração de seu corpo. Desse modo a paciente conseguiu aceitar a condição do não-saber, porque eu a estava sustentando e mantendo a continuidade por meio da minha própria respiração, enquanto ela se entregava, abandonando-se, nada sabia. Mas não teria adiantado nada se eu lhe desse essa sustentação e mantivesse a continuidade da minha própria vida, estando ela morta. O que fez com que a minha parte tivesse utilidade era o fato de que eu podia ver e ouvir a sua barreira mover-se enquanto ela respirava (como o pássaro), e desta forma eu sabia

Agora ela tinha, pela primeira vez, a possibilidade de ter uma psique, uma entidade toda sua, um corpo que respirava e ao qual vinha acrescentar-se um início de fantasia relacionada com a respiração e com outras funções fisiológicas.

Enquanto observadores nós todos sabemos, obviamente, que o funcionamento mental que permite à psique estar lá e enriquecer o soma depende de um cérebro intacto. Mas não localizamos a psique em lugar algum, nem mesmo no cérebro do qual ela depende. Para essa paciente, regredida desta maneira, tais coisas não eram importantes. Suponho que agora ela estaria em condições de situar a sua psique onde quer que o soma estivesse vivo.

A paciente fez consideráveis progressos desde que este texto foi apresentado. Agora, em 1953, podemos olhar para trás, para o período do estágio que decidi descrever, e vê-lo em perspectiva. Não sinto necessidade de modificar o que escrevi. Salvo as complicações violentas produzidas pelas memórias corporais do processo do nascimento, não houve qualquer problema mais sério ao longo da regressão a um certo estágio muito precoce e da subsequente progressão rumo a uma nova existência, como uma pessoa real que se sente real.

A mente localizada na cabeça

Deixo de lado, agora, o exemplo clínico, e retomo a questão da localização da mente na cabeça. Mencionei anteriormente que a elaboração imaginativa das partes e funções do corpo não é localizada. Podem ocorrer, todavia, localizações bastante lógicas, no sentido de que pertencem ao modo como o corpo funciona. Por exemplo, o corpo ingere e expela substâncias. Um mundo interno de experiências pessoais imaginárias passa a fazer parte do esquema das coisas, e a realidade compartilhada como um todo será vista como situando-se do lado de fora da personalidade. Mesmo não sendo capazes de desenhar, creio que se tivessem a habilidade necessária os bebês fariam de si mesmos um esboço na forma de um círculo já em seus primeiros meses. É possível que, se tudo correu bem, eles o fizessem pouco tempo depois de nascer. Seja como for, existem boas evidências de que aos seis meses o bebê às vezes usa um círculo ou uma esfera como um diagrama do eu. É neste ponto que o esquema corporal proposto por Scott é tão ilustrativo, especialmente seu lembrete de que aqui estamos lidando com tempo, não só com espaço. No esquema corporal conforme eu o entendo, a mim parece não haver lugar para a mente, e esta não é uma crítica ao esquema corporal em

quanto diagrama. É um comentário sobre a falsidade do conceito da mente como um fenômeno localizado.

Ao tentar encontrar uma explicação para a tendência de localizar a mente na cabeça, ou então fora dela, não consigo evitar a idéia de que isto se dêva ao modo como a cabeça do bebê humano é afetada durante o nascimento, momento em que a mente está furtosamente ativa catalogando as reações específicas às diferentes perseguições ambientais.

O pensamento popular situa geralmente o funcionamento cerebral na

cabeça, e uma das consequências dessa tendência merece uma reflexão especial. Até pouco tempo atrás, os cirurgiões podiam ser persuadidos a abrir o crânio de crianças mentalmente deficientes a fim de obter melhoras em seu desenvolvimento, com base na idéia de que os ossos do crânio estariam comprimindo o cérebro. Tenho a impressão de que a antiga trepanação do crânio tinha por objetivo trazer alívio para distúrbios *mentais*, ou seja, buscava-se curar pessoas cujo funcionamento mental era seu inimigo, localizado por elas em suas cabeças. Na atualidade, é curioso constatar que uma vez mais o pensamento médico científico considera que o cérebro equivale à mente, e que um certo tipo de pessoas doentes acredita que a mente é sua inimiga, uma coisa localizada em sua cabeça. O cirurgião que realiza a leucotomia pareceria à primeira vista estar atendendo a solicitação de seu paciente, ou seja, aliviando o paciente dos problemas causados pela atividade mental, tendo a mente se tornado um inimigo do psicossoma. No entanto, podemos perceber que o cirurgião foi apanhado pela falsa localização da mente na cabeça, e com isso iguala a mente ao cérebro. Ao cumprir sua missão, o cirurgião falha na segunda parte do seu trabalho. Pois o paciente deseja ver-se livre da *atividade mental* que se havia tornado uma ameaça ao psicossoma, mas em seguida precisa de um pleno funcionamento do tecido cerebral *a fim de poder ter uma existência psicossomática*. A operação da leucotomia, com a mudança irreversível produzida no cérebro, torna isto impossível. O procedimento revela-se inútil, pois não atende ao sentido que lhe fora dado pelo paciente. A elaboração imaginativa das experiências somáticas, ou seja, a psique, e para os que usam esse termo, a alma, depende de um cérebro intacto, conforme bem sabemos. Não podemos esperar que o *inconsciente* de alguém venha a saber tais coisas, mas podemos esperar que o neurocirurgião se deixe afetar *minimamente* por considerações intelectuais.

1 O termo (em inglês: *psyché-soma* existence) é aqui empregado, obviamente, no sentido de uma vida onde psique e soma estejam integrados, e não no sentido usualmente atribuído a esse termo. N.T.

Resumo

1. O verdadeiro eu e o continuar a ser têm como base, na saúde, o desenvolvimento do psicossoma.

2. A atividade mental é um caso especial do funcionamento do psicossoma.

3. O funcionamento intacto do cérebro é a base para a existência a partir da psique, e também da atividade mental.

4. A mente não se localiza em lugar algum, e não existe algo que se possa chamar de 'mente'.

5. É possível descrever duas diferentes bases para o funcionamento mental normal: a) a conversão do ambiente suficientemente bom num ambiente perfeito (adaptado), permitindo um mínimo de reação à intrusão, e um máximo de desenvolvimento natural (contínuo) do eu; b) a catalogação das intrusões (trauma do nascimento etc.) para assimilação num estágio posterior do desenvolvimento.

6. É preciso notar que o desenvolvimento do psicossoma é universal e que suas complexidades são inerentes, enquanto que o desenvolvimento

Nestes termos, é possível perceber que um dos objetivos da *doença psicossomática* é o de retornar a psique da mente, e levá-la de volta à sua associação íntima original com o soma. Não é suficiente analisar a hipocondria do paciente psicossomático, embora esta seja uma parte essencial do tratamento. É preciso também perceber o *valor positivo dos distúrbios somáticos*, cuja função é combater a 'sedução' da psique para dentro da mente. De modo semelhante, o objetivo dos psicoterapeutas e dos que empregam técnicas de relaxamento pode ser compreendido com base nestas idéias. Eles não precisam saber o que estão fazendo para serem bem-sucedidos. Um ótimo exemplo da aplicação destes princípios é dado pelo fato de que se alguém tenta ensinar a uma mulher grávida a maneira correta de fazer as coisas, esta irá alimentando a tendência da psique de se alojar nos processos mentais. Por outro lado, os métodos de relaxamento, bem empregados, levam a mãe a tomar consciência de seu corpo, e (se ela for mentalmente saudável) ajudá-la na quantidade de continuidade de seu ser, capacitando-a a viver como um psicossoma. Isto é essencial para que ela viva a experiência do nascimento do bebê e os primeiros estágios da maternidade de um modo natural.

1 O termo 'sedução' tem como significado etimológico 'desviar alguém de seu caminho'. N.T.

mental depende até certo ponto de fatores variáveis, tais como as características de certos fatores ambientais, os incidentes aleatórios do parto e o manejo logo após o nascimento etc.

7. É lógico contrapor soma e psique, e portanto contrapor o desenvolvimento emocional ao desenvolvimento corporal do indivíduo. Não é lógico, porém, opor o mental ao físico, pois não são da mesma ordem. Os fenômenos mentais são complicações de importância variável na continuidade do ser do psicossoma, na medida em que contribuíam para formar o eu individual.

Capítulo XX

Retraimento e Regressão (1954)¹

NO DECORRER da última década forcei sobre mim mesmo a experiência de atender a diversos pacientes adultos que fizeram uma regressão dentro da transferência ao longo da análise.

Gostaria de comunicar um incidente na análise de um paciente que não chegou exatamente a regredir, no sentido clínico, mas cujas regressões localizavam-se em retraimentos momentâneos dentro das sessões analíticas. O modo como li dei com esses estados de retraimento foi muitíssimo influenciado pela minha experiência com pacientes regredidos.

(Por retraimento, no presente trabalho, refiro-me a um retirar-se do relacionamento consciente com a realidade externa, sendo essa retirada por vezes da ordem de um breve sono. E regressão quer dizer aqui uma regressão à dependência, não especificamente regressão em termos de zonas erógenas.)

Selecionei uma série de seis episódios significativos a partir de todo o material pertencente à análise de um paciente esquizóide-depressivo. O paciente é casado e tem família. No início de sua doença atual sofreu um colapso, no qual se sentiu irreal e perdeu o pouco de espontaneidade que tinha. Não conseguiu trabalhar até alguns meses após o início da análise. Esse paciente tinha tido um curto período de análise comigo durante a guerra, em resultado do qual recuperou-se de um grave distúrbio da adolescência, mas sem alcançar uma compreensão intuitiva profunda (*insight*).

¹ Trabalho apresentado na XVIIIth Conférence des Psychanalystes de Langues Romanes, em Paris, novembro de 1954, e na British Psycho-Analytical Society, em 29 de junho de 1955. Publicado na *Revue Française de Psychanalyse*, tomo XIX, nos. 1-2, janeiro-junho de 1955; e em *Psyche*, heft X, 1956-7.

O problema mais importante que o levou a continuar buscando a análise era a sua incapacidade de ser impulsivo e de fazer comentários originais, embora fosse capaz de participar muito inteligentemente de uma conversa séria iniciada por outra pessoa. Quase não tem amigos, porque seu modo de relacionar-se é prejudicado por sua total incapacidade de ser original, a ponto de o considerarem um chato. (Contou que certa vez riu no cinema, e essa pequena evidência de melhora renovou as suas esperanças de que a sua análise fosse bem-sucedida.)

Por um longo período, suas associações livres vinham na forma de um discurso pomposo relatando uma conversação que se processava em seu interior, um relato cuidadosamente arrumado de um modo que lhe parecia interessante para o analista.

Como tantos outros pacientes em análise, por vezes ele mergulhava profundamente na situação analítica. Em momentos importantes mas raros ele se retratava. Durante esses momentos coisas inesperadas, que às vezes ele conseguia comunicar. Dentre esses episódios escolherei alguns para ilustrar o presente trabalho, deixando de lado uma grande quantidade de material psicoanalítico comum que o leitor deve presumir.

Episódios 1 e 2

O primeiro desses acontecimentos (cujas fantasias ele mal conseguiu captar e relatar) foi o de que, num estado momentâneo de retraimento, ele *encolheu-se e rolou por sobre a cabeceira do divã*. Esta foi a primeira evidência direta na análise da existência de um eu espontâneo. O retraimento seguinte ocorreu algumas semanas depois. Ele havia acabado de fazer uma tentativa de usar-me como se eu fosse o seu pai, que havia morrido quando o paciente estava com 18 anos, pedindo o meu conselho a respeito de um aspecto de seu trabalho. Em primeiro lugar discuti o assunto com ele, mas assinalei em seguida que ele precisava de mim como analista, e não como um pai-substituto. Ele disse que seria uma perda de tempo continuar falando como sempre, e contou que havia se retratado, sentindo que isto era como fugir de alguma coisa. Não conseguia lembrar-se de nenhum sonho acontecido nesse rápido sono. Mostrei-lhe que o seu retraimento era uma fuga à dolorosa experiência de estar exatamente no meio entre o estado do sono e da vigília, ou entre falar comigo racionalmente e retrair-se. Justamente nesse ponto ele contou que havia tido novamente a idéia de *encolher-se*, apesar de continuar deitado de costas no divã como sempre, com as mãos sobre o peito.

Nesse momento, fiz a primeira das interpretações que com certeza eu

não teria feito vinte anos atrás. Essa interpretação revelou-se muitíssimo significativa. Ao falar sobre estar encolhido, ele movimentou as mãos para mostrar que essa posição encolhida se dava um pouco à frente de seu rosto, e que ele estava rodando em torno de si mesmo nessa posição. Eu lhe disse imediatamente: 'Ao dizer que você estava encolhido e movendo-se em volta, você está ao mesmo tempo deixando algo implícito, algo que você não está descrevendo porque não está consciente de sua existência: Você está fatigado da existência de um *meio*.' Após alguns instantes eu lhe perguntei se ele havia compreendido o que eu disse, e descobri que ele o havia compreendido imediatamente. Ele disse: 'Como o óleo dentro do qual as engrenagens giram'. Tendo percebido agora a idéia de um meio que o sustentava, ele foi em frente e descreveu em palavras o que suas mãos tinham procurado mostrar: que ele estava girando para a frente, em contraste com o giro para trás, por sobre a cabeceira do divã, que acontecera algumas semanas antes.

Dessa interpretação sobre o meio foi-me possível examinar a questão da situação analítica, e juntos elaboramos uma formulação bastante esclarecedora sobre a condição especializada proporcionada pelo analista, e sobre os limites da capacidade do analista de adaptar-se às necessidades do paciente. Em seguida o paciente teve um sonho muito importante, cuja interpretação levou à idéia de que ele conseguiu desfazer-se de um escudo que já não era mais necessário, pelo fato de que eu me mostrei capaz de proporcionar um meio adequado no momento em que ele se retraiu. Aparentemente, *o fato de encolher-se e rolou por sobre a cabeceira do divã* permitiu-lhe utilizar a sua experiência de modo construtivo. Eu teria perdido essa oportunidade nos primeiros tempos da minha carreira. O paciente descreveu essa sessão como 'portentosa'.

Esse momento da análise teve um efeito muito importante: um entendimento bem melhor do meu papel de analista; um reconhecimento da dependência, que por vezes precisa ser muito intensa, apesar de difícil de suportar; e também uma tomada de consciência totalmente nova de sua situação real no trabalho quanto em casa. Aliás, ele me comunicou que sua esposa estava grávida, e que foi muito fácil para ele vincular o seu encolhimento dentro do meio à idéia de um feto no interior do útero. De fato, ele se identificou com o filho e ao mesmo tempo reconheceu a sua dependência em relação à sua mãe.

Na ocasião seguinte em que se encontrou com a mãe, ele lhe perguntou pela primeira vez o quanto a análise estava custando para ela, e agora reve-

lou-se preocupado com isso. Na sessão seguinte ele conseguiu tomar consciência de suas críticas a meu respeito, e explicitou a suspeita de que eu fosse um vigarista.

Episódio 3

O trecho importante posterior aconteceu alguns meses depois, após um período de análise muito rico. Ocorreu num momento em que o material que estava sendo discutido era de natureza anal, e tinha sido retomado o aspecto homossexual da transference, um aspecto da análise que o assustava particularmente. Ele contou que em criança tinha o constante medo de ser perseguido por um homem. Fiz algumas interpretações e ele contou que enquanto eu falava, ele estivera *muito longe dali, numa fábrica*. Popularamente, diríamos que 'ele estava longe'. Esse 'estar longe' era muito real para ele, pois ele havia sentido como se estivesse realmente trabalhando na fábrica, para onde ele tinha ido quando a fase anterior da análise comigo foi encerrada (por causa da guerra). Eu interpretei imediatamente que ele havia ido para *longe do meu colo*. A palavra 'colo' era apropriada, porque em seu estado de retraimento e em termos do desenvolvimento emocional ele recuou para um estágio da primeira infância, de modo que o divã era automaticamente o colo do analista. Logo se vê que há uma relação entre o colo que eu lhe fornecia e para o qual ele podia voltar, e o meio que eu lhe proporcionei e do qual dependia a sua possibilidade de rodar no espaço na sua posição encolhida.

O quarto episódio que eu gostaria de apresentar não é tão claro. Aconteceu numa sessão na qual ele disse que não estava conseguindo fazer amor. O contexto permitia que eu interpretasse a dissociação em seu relacionamento com o mundo: de um lado, a espontaneidade de um *verdadeiro* eu que não tinha qualquer esperança de encontrar um objeto a não ser na imaginação. De outro, a resposta aos estímulos dada por um eu um tanto *falso* ou irreal. Na interpretação, assinala-se que ele esperava resolver essa cisão dentro de seu relacionamento comigo. Nesse ponto ele afundou num estado de retraimento por alguns instantes, e em seguida contou-me o que aconteceu enquanto ele permaneceria retraido: *Estava escuro, as nuvens se juntaram e começou a chover. A chuva batia em seu corpo nu*. Nesse momento coloquei dentro desse ambiente cruel, impiedoso, um bebê recém-nascido, a fim de mostrar-lhe que tipo de ambiente ele poderia esperar, caso conseguisse inte-

grar-se e tornar-se independente. Aqui estava a interpretação do 'meio' em sua forma inversa.

Episódio 5

O quinto momento teve lugar a partir de um material relatado após um intervalo de nove semanas, que incluiu minhas férias de verão.

O paciente voltou depois do longo intervalo dizendo que não sabia muita coisa principal por ele relatado era a contínua dificuldade de fazer observações originais tanto em casa quanto com os amigos. Ele conseguia apenas tomar parte numa conversa, e isso se tornava mais fácil quando havia duas pessoas presentes que assumiam a responsabilidade e conversavam uma com a outra. Se ele fizesse um comentário, estaria usurpando o lugar de um dos pais (na cena primária), e o que ele realmente precisava era que os pais reconhecessem que ele era um bebê. Depois contou-me o suficiente para me manter a par dos assuntos correntes.

O quinto episódio ocorreu quando examinávamos um sonho comum. Na noite posterior a essa primeira sessão, ele teve um sonho e o contou no dia seguinte. Era um sonho surpreendentemente vívido. Ele tinha viajado ao exterior no fim de semana, *partindo no sábado e voltando na segunda-feira*. O elemento principal da viagem era o de que ele iria encontrar um paciente que havia ido para o exterior para fazer um tratamento. (O paciente em questão tinha amputado uma perna. Havia outros detalhes importantes no sonho que não são relevantes no momento.)

Minha primeira interpretação foi a de que no sonho *ele vai e volta*. E sobre este comentário que desejo falar, pois ele se vincula às minhas observações nos dois primeiros episódios, em que eu proporcionava um colo e um meio ambiente, e com aquela no quarto episódio em que eu colocava um indivíduo num ambiente ruim que havia sido aliucinado. Em seguida fiz uma interpretação mais completa, dizendo que o sonho expressava os dois aspectos de seu relacionamento com a análise: num deles ele ia embora e voltava, e no outro ele sai do país, sendo que o paciente do hospital representava essa parte dele mesmo. Ele então vai ao exterior para manter contato com esse paciente, indicando que ele estava tentando romper a dissociação entre os aspectos de si mesmo. Meu paciente deu sequência a essa idéia dizendo que no sonho ele estava muito contente em fazer contato com o paciente, ficando

implícito que ele estava tomando consciência da dissociação ou cisão dentro dele, e queria que a integração acontecesse.

Esse episódio poderia ocorrer na forma de um sonho sonhado fora da análise, pois continha os dois elementos ao mesmo tempo, o eu retratado e o ambiente. O aspecto 'ambiente' do analista havia sido introjetado.

Eu continuei a interpretar: O sonho mostrava como o paciente lidou com as fúrias. Foi-lhe possível aproveitar a experiência de escapular do tratamento, mas ao mesmo ele sabia que apesar de ter se afastado, ele iria voltar. Desta maneira o intervalo tão longo, que poderia ser bastante problemático para esse tipo de paciente, não acarretou uma perturbação muito grande. Ele então comentou que isso de viajar para longe estava fortemente associado em sua mente à idéia de fazer um comentário original ou uma outra coisa espontânea. Contou então que no mesmo dia do sonho tinha voltado à sua mente um dos seus medos especiais, o de descobrir que ele havia beijado alguém de repente. Poderia ser qualquer pessoa que por acaso estivesse perto dele. Poderia inclusive ser um homem. Caso fosse uma mulher, ele não se sentiria tão ridículo.

Dali em diante ele mergulhou ainda mais na situação analítica. Sentia-se uma criança pequena em casa, e não seria correto ele falar, pois assim se colocaria no lugar dos pais. Havia um sentimento de desesperança quanto a ter um gesto espontâneo acolhido (e isto combina com o que sabemos sobre o ambiente doméstico). Começou a surgir um material bem mais profundo, e ele contou que sentia haver gente entrando e saindo pelas portas. Minha interpretação de que isto estava ligado à respiração foi confirmada por suas associações seguintes. As idéias são como a respiração; são também como crianças, e se eu não faço nada por elas ele sente que estão abandonadas. Seu medo maior é pela criança desamparada, ou pela idéia ou observação abandonadas, ou pelo gesto de uma criança que fica sem resposta.

Episódio 6

Uma semana depois (repentinamente, do seu ponto de vista), o paciente deparou-se com o fato de jamais ter aceito a morte do pai. Isto aconteceu depois de um sonho no qual o pai estava presente e conversava com ele de modo sensível e não reprimido sobre questões sexuais correntes. Dois dias depois ele veio e contou ter ficado seriamente perturbado por uma *dor de cabeça*, muito diferente de qualquer outra, e que tinha acontecido em algum momento próximo da sessão anterior. Esta dor de cabeça era temporal e às vezes frontal, e era como se ela estivesse situada bem do lado de fora da cabeça.

Era uma dor constante que o fez sentir-se doente, e se ele pudesse receber alguma simpatia de sua mulher, ter-se-ia metido na cama em vez de vir para a análise. Ele estava chateado, pois, como médico, podia ver que se tratava de um problema funcional, mas não conseguia explicá-lo em termos fisiológicos (portanto, era como se fosse uma coisa 'louca').

No decorrer da sessão consegui perceber qual a interpretação adequada, e disse: 'O fato de a dor estar situada do lado de fora da cabeça representa a sua necessidade de que alguém segure a sua cabeça como naturalmente aconteceria se você fosse uma criança que estivesse muito angustiada'. De início isto não lhe fez muito sentido, mas gradualmente a idéia foi se esclarecendo. A pessoa que provavelmente iria segurar a sua cabeça na hora certa e do modo certo em momentos de aflição na infância não era a sua mãe, mas o seu pai. Dito de outro modo, depois que seu pai morreu não havia mais quem segurasse a sua cabeça no caso de ele vir a sofrer intensamente por alguma razão.

Vinculei esta interpretação com aquela a respeito do meio ambiente, e ele aos poucos foi percebendo que a minha idéia sobre as mãos segurando a cabeça era correta. Contou que teve um retraimento momentâneo, no qual sentiu que eu tinha uma máquina capaz de agir como se proporcionasse um acolhimento afetuosos. Isto significou para ele que era importante que eu não segurasse realmente a sua cabeça, pois isto seria o mesmo que aplicar mecanicamente princípios técnicos. *O importante era que eu compreendesse imediatamente do que ele necessitava.*

Ao final da sessão ele ficou surpreso ao lembrar-se de ter passado a tarde segurando a cabeça de uma criança. A criança estava sofrendo uma pequena intervenção cirúrgica com anestesia local, e isto durou mais de uma hora. Ele fez tudo o que pôde para ajudar a criança, mas sem muito sucesso. O que ele achou que a criança precisava era que lhe segurassem a cabeça. Ele sentia agora que a minha interpretação era justamente o motivo pelo qual ele tinha vindo à análise naquele dia, e quase sentiu gratidão pelo fato de sua mulher não lhe oferecer qualquer simpatia e não segurar sua cabeça, coisa que ela poderia ter feito.

Resumo

A idéia central deste comunicado é a de que quando sabemos a respeito da regressão dentro da sessão analítica, podemos acolhê-la imediatamente, e deste modo permitir que os pacientes não doentes demais façam uma regres-

são necessária em fases de curta duração, talvez até momentaneamente. Eu diria que *no estado de retraimento o paciente está dando uma sustentação para o eu*, e que se no momento em que o retraimento aparece *o analista consegue fornecer uma sustentação para o paciente*, então aquilo que teria sido um retraimento transforma-se em regressão. A vantagem da regressão é a de que ela traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce. Ao contrário, o estado de *retraiamento* não apresenta utilidade alguma, e quando o paciente recupera-se dele, nada mudou.

Toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente, e participando de um relacionamento no qual ele se encontra até certo ponto regredido ou dependente.

Acredita-se geralmente que existe um certo perigo na regressão do paciente durante o tratamento psicanalítico. O perigo não tem origem na própria regressão, mas no fato de o analista não estar pronto para acolhê-la, bem como à dependência que dela faz parte. Quando o analista passa por experiências que lhe permitem confiar no manejo da regressão, é possível dizer que quanto mais rápida e completamente ele vier a acolhê-la, menos provavelmente o paciente precisará desenvolver uma doença com características regressivas.

Capítulo XXI

A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal (1954-5)¹

ESTA É UMA TENTATIVA de apresentar o conceito de Posição Depressiva, de Melanie Klein, de um modo pessoal. A fim de manter-me leal a ela, devo esclarecer que não estive em análise com ela, nem com qualquer pessoa analizada por ela. Decidi estudar a sua contribuição por seu valor para mim e para o meu trabalho com crianças, e estudei com ela entre 1935 e 1940 sob a forma de supervisão para os meus casos clínicos. A apresentação feita por ela mesma pode ser encontrada em seus escritos (1935, 1940).

A palavra 'normal' no título é importante. O complexo de Édipo caracteriza o desenvolvimento normal ou saudável das crianças, e a posição depressiva é um estágio normal no desenvolvimento de bebês saudáveis (tanto quanto a dependência absoluta, ou narcisismo primário, um estágio normal do bebê saudável no início ou logo depois.)

O que gostaria de enfatizar é a posição depressiva no desenvolvimento normal *enquanto uma conquista*.

Um dos aspectos da posição depressiva é o de que o termo se aplica a uma área de psiquiatria clínica situada a meio caminho entre os lugares de origem da psicose e da psicose, respectivamente.

A criança (ou pessoa adulta) que alcançou a capacidade para relacionar-se com outras pessoas, características do bebê saudável na época em que aprende a andar, para a qual é viável a análise normal com suas infinitas variações de relações humanas triangulares, *ultrapassou e foi além* da posição depressiva. Por outro lado, a criança (ou pessoa adulta) que está

¹ Trabalho apresentado à Seção Médica da British Psychological Society em fevereiro de 1954. Publicado no *Brit. J. Med. Psychol.*, vol. XXVIII, 1955.

prioritariamente às voltas com os problemas inatos da integração da personalidade e com o início do relacionamento com o meio ambiente ainda não alcançou a posição depressiva em seu desenvolvimento pessoal.

Em termos de ambiente: a criança que aprende a andar encontra-se numa situação familiar, constituindo uma vida instintiva dentro das relações interpessoais, e o bebê está sendo sustentado por uma mãe que se adapta às necessidades do ego. Entre os dois encontra-se o bebê ou criança pequena que chega à posição depressiva sendo sustentada pela mãe, porém mais que isso, sendo sustentada ao longo de uma fase de sua vida. Note-se que foi introduzido aqui um *fator tempo*, e a mãe *sustenta a situação* de modo que o bebê tenha a chance de elaborar as consequências de suas experiências instintivas. Conforme veremos, essa elaboração é comparável ao processo digestivo, e tão complexa quanto este.

A mãe sustenta a situação e o faz de novo e de novo, num período crítico da vida do bebê. A consequência é a de que algo pode ser feito a respeito de alguma coisa. A técnica materna permite que o amor e o ódio coexistentes no bebê se distingam um do outro, e que em seguida venham a se inter-relacionar e tornem-se gradualmente controláveis a partir de dentro, de um modo que chamamos de saudável.¹

Imaginemos um bebê na idade do desmame. O momento concreto do desmame varia de acordo com os padrões culturais, mas para mim a idade do desmame é aquela na qual o bebê começa a brincar de deixar cair as coisas. Brincar de deixar cair as coisas é algo que começa por volta dos cinco meses e prossigue como característica normal até, digamos, um ano ou dezoito meses. Portanto, imaginemos um bebê que aperfeiçoou bastante a arte de deixar cair coisas — digamos por volta dos nove meses de idade. (Ver Freud, 1920. Ver também o Cap. IV.)

A posição depressiva é uma aquisição que pertence à idade do desmame. Quando tudo vai bem, essa posição é alcançada e estabelecida em algum momento durante a segunda metade do primeiro ano. Não é raro que ela leve bastante mais tempo para firmar-se, mesmo num desenvolvimento razoavelmente normal. Sabemos também que, em muitas crianças e adultos que se encontram em análise, a aproximação e reaproximação em relação à posição depressiva são alguns dos aspectos importantes da análise, indicando progresso e ao mesmo tempo indicando que houve uma falha anterior a esse progresso.

¹ É aqui que iremos encontrar a origem da capacidade para a ambivalência. O termo "ambivalência" vem sendo usado popularmente para indicar que o ódio reprimido está distorcendo os elementos positivos num relacionamento. Isto, porém, não deveria obscurecer o conceito da capacidade para a ambivalência como uma aquisição no desenvolvimento emocional.

estágio de desenvolvimento. Não é necessário fixarmos uma idade exata. É possível que alguns bebês alcancem um momento de posição depressiva antes dos seis meses, e talvez até bem antes desta idade. Uma aquisição desse tipo nos forneceria um indicador positivo, mas ela não implica em que a posição depressiva tenha se transformado num fenômeno estabelecido. Quando me deparo com um analista que faz uma reavaliação excessiva sobre a posição depressiva na parte do desenvolvimento anterior aos seis meses de idade, sinto pena de que um conceito tão valioso seja desperdiçado por um uso que atenta contra a sua credibilidade.

O motivo pelo qual eu não busco essa fase nos primeiros meses não é por considerá-la uma época livre de incidentes. Longe disto! Muita coisa acontece desde o primeiro momento e mesmo desde antes do nascimento. Mas tenho dúvidas quanto a se esses incidentes sejam da elevada complexidade implícita à posição depressiva — tais como a capacidade de sustentar a ansiedade e a esperança por um certo período de tempo. Se, no entanto, ficar provado que um bebê teve um momento de posição depressiva na primeira semana de vida, eu não ficarei muito perturbado. Até lá, a posição depressiva é algo que se localiza entre os seis e os doze meses e que representa uma evidência cada vez mais forte de um crescimento pessoal, crescimento esse que depende de uma provisão ambiental sensível e contínua.

É possível definir as precondições para a aquisição da posição depressiva. Temos uma longa tradição de experiências práticas nesse sentido, devidas ao grande número de vezes em que observamos pacientes de todas as idades atingirem esse estágio do desenvolvimento emocional sob as claras condições de uma análise bem-sucedida. Os estágios anteriores devem ter sido atravessados sem demasiados problemas, na vida ou na análise, ou em ambas, para que a posição depressiva seja alcançada. A fim de alcançá-la, o bebê deve ter conseguido estabelecer-se como uma pessoa inteira, e relacionar-se com pessoas inteiras enquanto pessoa inteira. Considero neste momento que o seio da mãe é uma pessoa inteira, pois quando o bebê se torna uma pessoa inteira o seio, o corpo da mãe, o que quer que dela exista, qual quer parte, passa a ser percebida pelo bebê como algo inteiro.

Presumindo que tudo o que aconteceu antes aconteceu da melhor maneira, poderemos dizer, ao falarmos de um bebê inteiro relacionado a uma mãe inteira, que foi alcançado o estágio em que a posição depressiva pode ser adquirida. Se não é verdade que o bebê agora é inteiro, então nada do que tenho a dizer sobre a posição depressiva é relevante. O bebê simplesmente vai em frente sem ela. E muitos assim fazem. De fato, em pessoas esquizoides talvez não haja uma aquisição significativa da posição depressiva, e a re-

criação mágica seja utilizada para preencher o vazio do que descrevemos com os termos reparação e restituição. Conheço analistas que buscam a posição depressiva em pacientes para os quais não ocorreram as condições necessárias. Obviamente é um tanto patético assistir a um fracasso, e a conclusão subsequente de que a posição depressiva é um conceito falso não convence. E ao contrário, outros analistas tentam demonstrar fenômenos ligados à posição depressiva quando esta não é a questão central, na análise de pacientes que já haviam alcançado graças à obtenção do estado de unidade na primeira infância.

Quando podemos ter certeza de que no desenvolvimento de um bebê o sentimento de ser uma unidade é um fato para aquele bebê, podemos também presumir que ele está vivendo dentro do seu corpo. Este detalhe é importante, mas não posso desenvolver essa questão aqui.

Agora temos, pois, uma pessoa, um bebê humano inteiro, e temos também a mãe que sustenta a situação permitindo à criança elaborar certos processos que descreverei mais tarde.

Em primeiro lugar, porém, devo fazer alguns comentários sobre a expressão 'posição depressiva'.

O termo 'posição depressiva' é um nome ruim para um processo normal, mas ninguém até agora encontrou outro melhor. Minha própria sugestão é a de que o chamemos de 'estágio de comprometimento'.¹ A meu ver este é um termo que nos possibilita compreender rapidamente o conceito. Melanie Klein incluiu a palavra 'comprometimento' em suas próprias descrições. No entanto, esse termo descritivo não cobre a totalidade do conceito. Suspeito que o termo original prevaleceria.

Tem sido freqüentemente assinalado que um termo que implicitamente se refere a uma doença não deveria ser utilizado para descrever um processo normal. A expressão 'posição depressiva' parece indicar implicitamente que as crianças saudáveis atravessam uma fase de depressão ou de uma doença do humor. Mas não é isto que essa expressão significa.

Quando Spitz (1946) descobriu e descreveu a depressão em bebês privados de um cuidado normalmente bom, ele acertou ao dizer que não se tratava de um exemplo da posição depressiva. De fato, uma coisa nada tem a ver com a outra. Os bebês descritos por Spitz mostravam-se despersonalizados e sem esperanças de estabelecer contato com o exterior, faltando-lhes essencialmente as condições para a aquisição da posição depressiva.

No conceito da posição depressiva no desenvolvimento normal, não há qualquer indicação de que a criança fica realmente deprimida. A depressão, apesar de tão comum, é um sintoma de doença, indica um humor e implica em conflitos inconscientes que poderiam tornar-se conscientes. Os processos inconscientes têm a ver com sentimentos de culpa, e os sentimentos de culpa pertencem ao elemento destrutivo inerente ao amor. A depressão enquanto distúrbio da afetividade nem é inalisável nem é um fenômeno normal.

A que se refere, então, a assim chamada posição depressiva?

Uma abordagem muito útil do problema é aquela que parte do adjetivo 'impiedoso'. A princípio (do nosso ponto de vista) a criança é impiedosa. Ela não dá ainda importância alguma às consequências de seu amor instintivo.² Esse amor é originalmente uma forma de impulso, gesto, contato, relação. Um amor que proporciona ao bebê a satisfação de poder expressar-se e o alívio da tensão instintiva. Além disso, também situa o objeto fora do eu.

Precisamos ter em mente que o bebê não se sente impiedoso, mas ao olhar para trás (e isto ocorre nas regressões) o indivíduo pode vir a dizer: 'Eu era impiedoso naquela época!' O estágio é o da pré-piedade, ou pré-compaixão.³

Em algum momento na história do desenvolvimento de cada ser humano normal, ocorre a mudança da pré-piedade para a piedade. Ninguém consciente esta idéia. O único problema é: quando isto ocorre, como, e sob que condições? O conceito da posição depressiva é uma tentativa de responder a essas três perguntas. De acordo com esse conceito, a mudança da ausência de piedade para a piedade ocorre gradualmente, sob certas condições definitivas de maternagem, durante o período entre os cinco e os doze meses de idade.

- 1 Aqui, por favor, admitam a existência de algo muito diferente que sou obrigado a omitir: a agressividade não inerente, que deriva de todo tipo de perseguições imprevisíveis e adversas, às quais Ou, como preferem Zeffirio Loparic e Elsa Oliveira Dias, pré-concênimento. Em continuação ao exposto em Nota do Tradutor no Capítulo XI: O termo 'piedade' é utilizado aqui no sentido afetivo, não religioso. Atribuo-lhe a acepção específica de 'ter a capacidade de perceber a dor ou o desprazer alheios'. Inteligentemente, a superposição das idéias de 'piedade' e 'pena' é quase inevitável. Seria importante lembrar, portanto, que não são sinônimos perfeitos, pois 'piedade' não implica necessariamente numa desvalorização do objeto da mesma. Para mais informações ver minha discussão na 'Nota Introdutória à Tradução', em D. W. Winnicott, *Natureza Humana*, Imago Editora, Rio, 1991. Devo acrescentar, porém, que o termo 'concern' também tem a ver com uma conotação alheia ('I'm concerned about him'), não denota exclusivamente uma atenção preocupada ou afilia, indicando o interesse pelo bem-estar do outro, o que inclui suas alegrias. Creio, portanto, que se no seu aspecto negativo (ausência de...) é possível manter a idéia de 'piedade' (ausência de piedade, ou impiedoso), no seu aspecto positivo talvez se possa utilizar a palavra 'interesse'. N.T.
- 2 Ou, como preferem Zeffirio Loparic e Elsa Oliveira Dias, pré-concênimento. Em continuação ao exposto em Nota do Tradutor no Capítulo XI: O termo 'piedade' é utilizado aqui no sentido afetivo, não religioso. Atribuo-lhe a acepção específica de 'ter a capacidade de perceber a dor ou o desprazer alheios'. Inteligentemente, a superposição das idéias de 'piedade' e 'pena' é quase inevitável. Seria importante lembrar, portanto, que não são sinônimos perfeitos, pois 'piedade' não implica necessariamente numa desvalorização do objeto da mesma. Para mais informações ver minha discussão na 'Nota Introdutória à Tradução', em D. W. Winnicott, *Natureza Humana*, Imago Editora, Rio, 1991. Devo acrescentar, porém, que o termo 'concern' também tem a ver com uma conotação alheia ('I'm concerned about him'), não denota exclusivamente uma atenção preocupada ou afilia, indicando o interesse pelo bem-estar do outro, o que inclui suas alegrias. Creio, portanto, que se no seu aspecto negativo (ausência de...) é possível manter a idéia de 'piedade' (ausência de piedade, ou impiedoso), no seu aspecto positivo talvez se possa utilizar a palavra 'interesse'. N.T.

de, e pode não se completar até um momento muitíssimo posterior, sendo possível descobrir-se em análise que isto nunca ocorreu.

A posição depressiva, portanto, é um fenômeno complexo, um elemento inerente no processo da passagem de cada indivíduo humano da pré-piedade para a piedade, ou concernimento, processo esse cuja existência ninguém questiona.

A função do ambiente

Estamos examinando a psicologia do estágio que acontece imediatamente depois de o novo ser humano ter alcançado o *status* de unidade. Espere que esteja bem claro que tudo aquilo que precede a obtenção desse *status* de unidade está sendo omitido deliberadamente. Costaria apenas de deixar aqui a observação de que quanto mais recuarmos na história individual, mais verdadeira torna-se a proposição segundo a qual não há sentido em falarmos sobre o indivíduo sem considerarmos um ambiente suficientemente bom que se adapta às suas necessidades. Nos estágios iniciais chegamos inclusive a uma situação em que somente o observador poderá distinguir entre o indivíduo e o ambiente (narcisismo primário). O indivíduo não o poderá fazer, e neste caso será mais adequado falar de um conjunto ambiente-indivíduo, em vez de nos referirmos a um indivíduo.

O desenvolvimento posterior à obtenção do *status* de unidade depende, ainda, da simplicidade estável e confiável do ambiente.

A mãe deve ser capaz de desempenhar as duas funções e de persistir com essas duas funções no tempo, a fim de que o bebê tenha a possibilidade de usar esse contexto especializado. Ela se havia adaptado à necessidade do bebê de um modo geral através de suas técnicas de maternagem (ver Anna Freud, 1953), e o bebê passa a conhecer essas técnicas como fazendo parte da mãe tanto quanto o seu rosto e a sua orelha e os colares que ela usa, bem como as suas diversas atitudes (afetadas pela pressa, preguiça, ansiedade, preocupação, excitação etc.). A mãe vem sendo amada pelo bebê como aquela que incorpora todos esses aspectos. O termo 'afeição' passa a ter lugar nesse contexto, e são essas características da mãe que se incorporam no objeto que tantos bebês manipulam e abraçam (ver Cap. XVIII).

Ao mesmo tempo, a mãe vinha sendo objeto de ataques durante os momentos de tensão instintiva. Fica claro, então, que estou distinguindo as fun-

ções da mãe, conforme o bebê esteja calmo ou excitado. A mãe tem duas funções, que correspondem aos estados de tranquilidade e excitação do bebê. Por fim, o palco está armado para que na mente do bebê as duas funções da mãe comecem a se unir. É justamente nesse momento que podem surgir enormes dificuldades, as quais foram estudadas de um modo muito especial pelo trabalho pioneiro de Melanie Klein, cuja contribuição foi mais rica e produtiva neste campo específico que em qualquer outro.

O bebê humano não pode aceitar o fato de que essa mãe tão valorizada nas fases tranquilas é a pessoa que foi e será atacada impiedosamente nas fases de excitação.

O bebê, sendo uma pessoa inteira, é capaz de identificar-se com a mãe, mas ainda não há, para ele, uma clara distinção entre as suas intenções e o que de fato ocorre. As funções e sua elaboração imaginativa ainda não são muito claramente distinguidas em termos de fato e fantasia. O que o bebê deve fazer realizar nessa etapa é deveras espantoso.

Vejamos o que acontece se a mãe 'tranquila' sustenta a situação no tempo, de modo que o bebê possa experimentar um relacionamento 'excitado' e enfrentar as consequências.

Nos termos mais simples possíveis, o bebê, mal sabendo o que se passa, é arrasado pelo instinto em estado bruto e ocorrem-lhe idéias poderosas tipicamente instintivas. (Devemos presumir que exista uma amamentação razoavelmente satisfatória, ou um outro tipo de experiência instintiva.)

Chega o momento em que ele começa a perceber que existem aqui dois usos inteiramente diferentes da mesma mãe. Surge então um novo tipo de necessidade, baseada no impulso e na tensão instintiva que busca alívio, e isto implica num climax, ou num orgasmo. Sempre que ocorre uma experiência orgástica, há necessariamente um aumento na dor da frustração. Uma vez que a excitação teve início e a tensão elevou-se, o risco entra em cena.

Creio que devemos aceitar a idéia de que muita coisa ainda terá que ser vivida antes que as implicações de tudo isto sejam sentidas de modo integral.¹

Conforme foi dito acima, duas coisas estão acontecendo. Uma delas é a percepção da identidade entre os dois objetos, a mãe dos momentos tranquilos e a mãe usada e até atacada no auge da tensão instintiva. A outra é o início do reconhecimento de que existem idéias, fantasias, elaboração imaginativa

1 É preciso não esquecer que estou falando em termos clínicos, e que estou descrevendo situações da infância real tanto quanto situações que ocorrem na análise.

da função, idéias e fantasias relativas ao fato, mas que não devem ser confundidas com o fato.

Uma progressão tão complexa no desenvolvimento emocional não pode realizar-se sem a ajuda de um ambiente suficientemente bom. Este último é representado aqui pela sobrevivência da mãe, e enquanto a criança não tiver colecionado suficiente material memórico, não há lugar para o desaparecimento da mãe.¹

A mim parece que um dos postulados da teoria de Melanie Klein é o de que o indivíduo humano não pode aceitar o fato bruto do relacionamento ou ataque instintivo ou excitado à mãe 'tranquila'. Na mente da criança a interação da cisão entre o ambiente dos cuidados maternos e o ambiente exotante (os dois aspectos da mãe) não pode realizar-se a não ser através da maternagem suficientemente boa e da sobrevivência da mãe por um período de tempo.

Pensemos então em termos de um determinado dia, com a mãe sustentando a situação. Num certo momento, no início desse dia, o bebê tem uma experiência instintiva. Para simplificar as coisas eu o imagino mamando, pois esta é realmente a base de toda a questão. Dehagra-se um ataque canibalístico impiedoso, que em parte pode ser observado no comportamento físico do bebê e em parte pertence à elaboração imaginativa que o bebê faz da função física. Ele junta um mais um, e começa a perceber que a resposta é um, e não dois. A mãe da relação de dependência (analítica) é também o objeto do amor instintivo (impulsionado biologicamente).

O bebê é posto fora de combate pela própria mamada. A tensão instintiva desaparece, e ele se percebe ao mesmo tempo satisfeito e ludibriado. Nada mais fácil que imaginar a mamada terminando em satisfação e sono. Muitas vezes o bebê sente-se infeliz por ter sido posto fora de combate, especialmente se a satisfação física rouba-lhe o apetite muito rapidamente. O bebê fica então com: a agressividade não descarregada — pois o erotismo muscular ou impulso primitivo (mutilidade) não foi suficientemente utilizado durante a mamada; ou com um sentimento de fiasco — pois uma fonte do prazer de viver foi embora repentinamente, e o bebê não sabe que ela irá voltar. Tudo isto aparece claramente na experiência analítica, e ao menos não é desmentido pela observação direta de bebês.

Mas não podemos lidar com muitas complicações ao mesmo tempo. Consideremos óbvio que o bebê experimentou a descarga instintiva. A mãe

1 Obviamente, existem outras raízes primitivas para o reconhecimento da fantasia, mas devo delas falar de lado neste momento.

está sustentando a situação e o dia prossegue em sua marcha, e o bebê toma consciência de que a mãe 'tranquila' esteve envolvida com a grande onda da experiência instintiva, e sobreviveu. Isto se repete dia após dia, e finalmente ocorre um somatório que faz o bebê começar a reconhecer a diferença entre os assim chamados fatos e fantasias, ou entre a realidade interna e a externa.

Ansiedade depressiva

Chegou o momento de descrever um fenômeno ainda mais complexo. A experiência instintiva provoca no bebê dois tipos de ansiedade. O primeiro é este que acabei de descrever: ansiedade a respeito do objeto do amor instintivo. Agora, a mãe não é mais a mesma de antes. Se quisermos, poderemos usar palavras para descrever o que sente o bebê, dizendo: há um buraco onde antes havia um corpo cheio de riquezas. Há muitos outros modos de formular esta idéia, no caso de permitirmos que o bebê cresça algumas semanas mais e venha a ter idéias mais complexas.

A outra ansiedade diz respeito ao interior do próprio bebê. A experiência pela qual ele acabou de passar o leva a sentir-se diferente de como se sentia antes. Seria perfeitamente legítimo fazer uma comparação entre o que ocorre aqui e os sentimentos bons ou ruins de um adulto após uma experiência sexual. Lembremo-nos de que ao longo de todo esse tempo a mãe sustenta a situação. Agora, os fenômenos internos do bebê precisam ser examinados detalhadamente.

Continuemos a examinar a experiência da amamentação.¹ O bebê ingeriu alguma coisa. Essa coisa é sentida como boa ou ruim conforme tenha sido ingerida durante uma experiência instintiva gratificante ou durante uma experiência perturbada por um excesso de raiva devida à frustração. Obviamente, alguma raiva devida à frustração é parte integrante mesmo de uma boa experiência.

Estou simplificando ao máximo o fenômeno interno, neste momento, mas posteriormente retomarei a questão para avaliar de modo mais preciso a fantasia do bebê a respeito do interior do eu, com suas forças em conflito e seus sistemas de controle.

1 Estou presumindo que a experiência instintiva ocorre em sintonia com os processos do ego, pois se assim não fosse seria necessário discutir as reações do bebê à intrusão causada pelo ambiente representado pela tensão instintiva e pela própria reação.

Podemos falar das idéias do bebê sobre o interior, porque partimos do ponto de vista de que a condição de unidade já foi alcançada. O bebê já se tornou uma pessoa com uma membrana limitadora, com um interior e um exterior.

Para o nosso objetivo aqui, esse bebê, depois da mamada, além de sentir-se apreensivo quanto ao buraco por ele imaginado no corpo da mãe, vê-se também intensamente às voltas com a contenda no interior do eu, uma briga entre o que é sentido como bom, ou seja, apoiando o eu, e o que é sentido como mau, ou seja, persecutório para o eu.

Criou-se em seu interior uma situação bastante complexa, e a criança nada mais pode fazer além de esperar as consequências, assim como depois da amamentação é preciso esperar pelos resultados da digestão. Com certeza ocorre então uma espécie de classificação, um processo silencioso que tem uma velocidade própria. Para além do controle intelectual, e de acordo com padrões pessoais que se desenvolvem gradualmente, os elementos apoiadores e persecutórios mesclam-se uns com os outros, até que é alcançado algum tipo de equilíbrio em decorrência do qual o bebê retém ou elimina conforme a necessidade interna. Juntamente com a eliminação o bebê readquire algum controle, pois esse processo envolve novamente uma função corporal.¹ Mas enquanto no processo da digestão física ocorre a eliminação apenas de materiais inúteis, o processo de eliminação imaginativa tem um potencial tanto bom quanto ruim.

Deliberadamente omitirei toda referência às experiências anal e uretral enquanto tipos de satisfação instintiva em si mesmas, pois este aspecto pertence a uma discussão outra. No presente contexto, as experiências anal e uretral são a parte excretora do processo de ingestão e digestão como um todo.

Ao longo de todo esse tempo a mãe sustenta a situação. Assim prossegue o dia do bebê. A digestão física e também a sua correspondente elaboração tomam o seu lugar na psique. A elaboração demora algum tempo e o bebê pode apenas aguardar os seus resultados, entreague passivamente ao que se passa lá dentro.² Na saúde, esse mundo interno pessoal transforma-se no infinitamente rico núcleo do eu.

Ao final desse dia na vida de um bebê saudável qualquer, os resultados do trabalho interno fazem com que ele tenha para dar coisas boas e coisas ruins. A mãe aceita o bom e o ruim, e é preciso que ela saiba distinguir entre o que é oferecido como bom e o que é oferecido como ruim. Neste momento o

¹ Este ponto está de acordo com um dos componentes centrais do trabalho de Fairbairn (1952).

² Esta idéia corresponde às propostas de A. Freud (1952).

bebê pela primeira vez dá algo, e sem esse dar não haverá um verdadeiro receber. Tudo isto faz parte das coisas práticas do dia-a-dia da criação de filhos, e também do tratamento analítico.

O bebê abençoado com uma mãe que sobrevive, que reconhece um gesto de doação quando este ocorre, está agora em condições de fazer algo a respeito daquele buraco, o buraco no seio ou no corpo, criado imaginariamente no momento instintivo original. Aqui entram em cena as palavras reparação e restituição, palavras que tanto significam no contexto adequado, mas que tão facilmente transformam-se em clichês quando usadas de modo irresponsável. O gesto de doação pode vir a alcançar o buraco, se a mãe faz a sua parte. Espero que tenha ficado clara a razão da minha insistência sobre a importância de a mãe sustentar a situação no tempo.

Estabeleceu-se agora um círculo benigno. Em meio a todas as complicações, podemos discernir:

Um relacionamento entre o bebê e sua mãe complicado pela experiência instintiva.

Um tênue vislumbre das consequências (o buraco).

Uma elaboração interna, com uma triagem dos resultados da experiência.

Uma capacidade de dar, devida à separação entre o bom e o ruim internos.

Reparação.

A consequência do fortalecimento dia após dia do círculo benigno é a de que o bebê torna-se capaz de tolerar o buraco (resultado do amor instintivo). Aqui estará, então, a origem do sentimento de culpa. Esta é a única culpa verdadeira, visto que a culpa implantada é falsa para o eu. A culpa surge através da junção das duas mães, e do amor tranquilo ao amor excitado, e do amor ao ódio, e este sentimento vem compor, à medida que cresce, uma fonte normal e saudável de atividade nos relacionamentos. Esta é uma das fontes da potência e da construtividade sociais e também do desempenho artístico (mas não da arte em si mesma, cuja origem é mais profunda).

A grande importância da posição depressiva é portanto evidente, e a contribuição de Melanie Klein à psicanálise revela-se aqui uma verdadeira contribuição à sociedade, à criação de filhos e à educação. *A criança saudável tem uma fonte própria de culpa*, e não precisa ser ensinada a sentir culpa ou compaixão. Obviamente, uma certa parte das crianças não é saudável neste sentido, não alcançou a posição depressiva, e precisa que lhe ensinem a distinguir entre o certo e o errado. Este é um corolário da primeira afirmação. Teoricamente, pelo menos, toda criança tem o potencial de desenvolver um sentimento de culpa. Clinicamente encontramos crianças destituídas desse sentimento, mas não há criança humana incapaz de encontrar um sentimento

pessoal de culpa se lhe for dada a oportunidade, antes que seja tarde demais, para alcançar a posição depressiva. Em casos limitrofes presenciávamos esse desenvolvimento mesmo fora da análise: por exemplo, ao observarmos crianças anti-sociais cuidadas em escolas para os assim chamados 'desajustados'.

Na operação do círculo benigno, a compaixão torna-se tolerável para o bebê através do reconhecimento recém-despertado de que, havendo tempo, algo *pode* ser feito a respeito do buraco e das várias consequências dos impulsos do id sobre o corpo da mãe.

O impulso, assim, adquire mais liberdade, e riscos maiores podem ser corridos. Uma culpa maior é assim gerada, mas se segue também uma intensificação da experiência instintiva com sua elaboração imaginativa, levando à constituição de um mundo interno mais rico, que por sua vez acarreta um potencial de doação maior.

Vemos estas coisas acontecerem na análise muitas e muitas vezes, quando a posição depressiva é alcançada na transferência. Vemos uma expressão do amor seguida de ansiedade a respeito do analista, e também por receios hipocôndriacos. Ou vemos, mais positivamente, uma liberação do instinto e um desenvolvimento em direção à riqueza da personalidade, e um aumento da potência ou do potencial para a constituição de social.

Aparentemente, após algum tempo o indivíduo será capaz de constituir memórias de experiências sentidas como boas, de modo que a experiência da mãe sustentando a situação torna-se parte do eu, e assimilada dentro do ego. Desta forma, a mãe real passa a ser cada vez menos necessária. O indivíduo adquire um ambiente interno. A criança poderá encontrar novas experiências de sustentação da situação, e com o tempo poderá também tornar-se aquela que sustenta a situação para uma outra pessoa, sem ressentimento. Alguns fenômenos extremamente interessantes acontecem a partir desse conceito do círculo benigno da posição depressiva:

1. Quando o círculo benigno é quebrado, e a mãe que sustenta a situação não é mais um fato, o processo passa a desfazer-se, tendo como consequência a inibição dos instintos e um empobrecimento geral da personalidade, em seguida também uma perda da capacidade para sentir culpa. O sentimento de culpa pode ser recuperado, mas somente pelo restabelecimento da situação sustentada por uma mãe suficientemente boa como um fato. Sem o sentimento de culpa, a criança pode continuar a ter prazeres sensuais instintivos, mas perde a capacidade de amar com afecção.

2. Por um longo período, a criança pequena precisa de alguém que não é apenas amado, mas que se disponha a aceitar a potência (não importa se se

trata de um menino ou de uma menina) em termos de restituição e reparação. Dito de outro modo, a criança pequena precisa ter a chance de dar em relação à culpa derivada das experiências instintivas, porque é deste modo que se cresce. Aqui há dependência em alto grau, mas não a dependência absoluta dos estágios iniciais.

Essa doação expressa-se através do brincar, mas o brincar construtivo requer inicialmente a presença da pessoa amada, visivelmente envolvida, quando não ativamente participante, nos aspectos constitutivos desse brincar. Um claro sinal da incapacidade de compreender crianças pequenas (ou crianças que sofreram de privação e necessitam de experiências regressivas capazes de curar) pode ser visto nos adultos que pensam ajudar a criança dando-lhe algo, sem perceber que a importância primária de sua presença ali está em receber.

3. Se os fenômenos internos criam problemas, a criança (ou o adulto) abafam todo o seu mundo interno, passando a funcionar num nível baixo de vitalidade. O estado de espírito é o da depressão. Em minha descrição, esta é a primeira vez em que o termo depressão foi vinculado de modo inerente ao conceito da posição depressiva.

As depressões encontradas clinicamente na psiquiatria pouco têm a ver com a posição depressiva. Referem-se mais à despersonalização, ou à desorientação quanto aos relacionamentos objetivos. Ou dizem respeito à sensação de inutilidade que deriva do desenvolvimento de um falso eu. Esses fenômenos pertencem ao estágio anterior à posição depressiva no desenvolvimento individual.

A defesa maníaca

Nas tentativas individuais de lidar com o estado de espírito deprimido, esse notório ferido da depressão: *a defesa maníaca*. A defesa maníaca nega tudo aquilo que é sério. A morte transforma-se em vitalidade exagerada, o silêncio é transformado em barulho, não há sofrimento nem preocupação, não há trabalho construtivo nem prazeres tranquilos. Tal defesa consiste numa formação reativa relativa à depressão, e deve ser estudada como um conceito por direito próprio. Sua presença, clinicamente falando, implica

1. Sim, a palavra *concern* tem também esse sentido de 'preocupação'. Mas é um erro dar ao termo este único sentido, como fazem alguns tradutores, pois nesse caso a palavra usada em inglês seria 'worry', e não 'concern'. N.T.

em que a posição depressiva foi realmente alcançada, mas é mantida à distância ou negada, mais do que perdida.

O diagnóstico mais frequente na clínica pediátrica é o que passei a chamar de 'agitação ansiosa comum' (em 1930, antes de tomar conhecimento das idéias de Melanie Klein) — trata-se de um fenômeno clínico cuja característica central é a negação da depressão. Tal doença em crianças passa muitas vezes despercebida, pois facilmente oculta-se por trás da vivacidade e da agitação que pertencem à infância. Enquanto doença, a agitação ansiosa comum corresponde ao estado hipomaniaco dos adultos, o mesmo que traz consigo muitos e variados distúrbios psicossomáticos.

A agitação maníaca deve ser distinguida da agitação persecutória, da elação e da mania.

Examinando o mundo interno

Neste momento, ainda que muito rapidamente, examinarei mais de perto os fenômenos do mundo interno. Trata-se de um tema realmente amplo.

Devo lembrar-lhes que deliberadamente simplifiquei ao máximo o tratamento dado à questão da posição depressiva, atendo-me somente aos aspectos ligados à alimentação e às substâncias ingeridas pelo bebê quando é alimentado. Não se trata, porém, apenas de alimentos, ou de leite. Preocupam-nos as experiências instintivas de todos os tipos, e os objetos bons e maus consistem na verdade dos bons e maus sentimentos que resultam da vida instintiva do indivíduo, elaborada imaginativamente. Uma afirmação mais complexa precisa ser feita mesmo numa comunicação tão breve quanto esta.

O mundo interno do indivíduo é constituído de três maneiras principais:

- A — Experiências instintivas.
- B — Substâncias incorporadas, mantidas ou eliminadas.
- C — Relacionamentos totais ou situações magicamente introjetadas.

Destes três tipos, o primeiro é fundamental a todos os seres humanos universalmente, e sempre o será. O segundo é mais ou menos semelhante para todos os bebês onde quer que vivam, ainda que os observadores encontrem diferenças (seio, mamadeira, leite, banana, água de coco, cerveja etc.), conforme os costumes que prevalecem em determinada cultura em certa época. O terceiro é essencialmente pessoal, pertencendo ao indivíduo em seu contexto concreto, incluindo situações vividas com a mãe, enfermeira ou tia reais, numa casa, casebre ou tenda reais, na realidade que de fato se faz

presente. Aqui deveríamos também incluir a ansiedade, o mau humor e a instabilidade da mãe, tanto quanto a sua capacidade de ser uma mãe suficientemente boa de um modo geral. O pai participa indiretamente enquanto marido, e diretamente enquanto mãe-substituta.

A fim de vincular o mundo interno da posição depressiva com o trabalho de C. J. Jung e dos psicólogos analíticos, deveríamos nos limitar ao estudo do primeiro conjunto. O que ocorre aqui pertence à humanidade como um todo, e propicia as bases de tudo aquilo que é *comum* aos sonhos, à religião e aos mitos do mundo, independentemente do tempo. É desta matéria que é feita a natureza humana, mas somente nos casos em que o indivíduo alcançou a posição depressiva. Assim sendo, não temos aqui o mundo interno da criança em sua totalidade, e não deveríamos negligenciar os dois outros conjuntos em nosso trabalho clínico.

As organizações arquetípicas, porventura encontradas no mundo interno, não devem levar-nos a esquecer que as *mudanças terapêuticas permanentes podem ser proporcionadas somente por novas experiências instintivas*, e estas só serão levadas a bom termo no contexto da neurose de transferência dentro de um tratamento analítico. Não há como mudar um arquétipo, mostrando ao paciente que a sua fantasia é idêntica à mitologia.

Quando olhamos para o mundo interno de um indivíduo que alcançou a posição depressiva, podemos ver:

Forças em conflito (conjunto A).

Objetos ou material objetaj, bons ou maus (conjunto B).

Materiais percebidos como bons, introjetados para fins de enriquecimento e estabilização da personalidade (conjunto C).

Material percebido como mau, introjetado no intuito de ser controlado (conjunto C).

Ao dizermos que numa terapia as *verdadeiras mudanças em termos dos conjuntos A e B provêm do trabalho na transferência*, sabemos que há ali uma sequência ordenada, embora reconheçamos a sua infinidade complexa de em cada caso específico, mesmo quando o paciente é uma criança pequena. *É a análise do sadismo oral na transferência que leva ao avivamento em termos econômicos do potencial persecutório no mundo interno do paciente.*

Os vários tipos de defesa

Uma das defesas contra as ansiedades depressivas é a relativa inibição dos instintos em si mesmos, resultando numa diminuição quantitativa de todas as consequências das experiências instintivas.

Outros mecanismos de defesa são empregados no mundo interno, tais

como:

Controle generalizado, suspenso gradativamente (humor depressivo).

Compartimentação.

Isolamento de certos agrupamentos persecutórios.

Encapsulação (enquistamento).

Introjeção de um objeto idealizado.

Ocultação em segredo de coisas boas.

Projeção mágica do bom.

Projeção mágica do ruim.

Eliminação.

Negação.

Examinar esse território é como examinar todo o espectro do brincar infantil. De fato, trata-se da mesma coisa, pois tudo isto vem à tona no brincar.

É muito fácil o indivíduo alcançar um alívio temporário da encapsulação de um agrupamento persecutório projetando-o. A consequência, porém, é um estado delirante, e nós o denominamos loucura, a não ser que a realidade externa providencie um exemplo perfeito do material a ser projetado.

Uma complicação a mais não pode deixar de ser mencionada. Já ficou claro que essa construção do mundo interno através de um sem-número de experiências instintivas teve início bem antes do estágio que ora estudamos.

Bem antes dos seis meses o bebê humano já está sendo formado pelas experiências que constituem o viver da infância, experiências instintivas ou não, excitadas ou tranquilas. Em razão disto, poder-se-ia objetar que alguns dos fenômenos dos quais venho falando iniciam-se no nascimento, ou na era anterior ao nascimento. Isto, porém, não faz com que a posição depressiva em si mesma ocorra já nesses primeiros meses ou semanas ou dias, visto que trata-se de algo que depende de uma noção de tempo, da percepção da diferença entre fato e fantasia, e sobretudo do fato da integração do indivíduo. É muito difícil aceitar a existência de tudo isto, ver a mãe sustentando a situação e o bebê fazendo um uso concreto desse fato, a não ser no caso de um bebê já suficientemente crescido a ponto de brincar de deixar cair coisas.

(Certa vez observei um bebê de doze semanas colocar o dedo dentro da boca de sua mãe toda vez que ela o amamentava ao seio. Ele foi criado de um modo magnífico e atualmente, aos dez anos, é um dos meninos mais saudáveis que conheço. É tentador dizer que ele talvez estivesse na posição depressiva. Mas existem todos esses estranhos processos de identificação a considerar, e além do mais não é frequente que tal coisa aconteça aos três meses, e muito raro que ocorra antes. Devemos levar em conta igualmente a

integração aparente que resulta de um manejo confiável, e não confundir-la com a verdadeira aquisição da integração na independência.)

Se começarmos a investigar não a posição depressiva, mas as origens dos elementos persecutórios e das forças apoiadoras dentro do ego, teremos de ir para bem antes da segunda metade do primeiro ano de vida. Neste caso, porém, será necessário recuarmos também para a não integração, para a ausência da sensação de viver dentro do corpo, para a deterioração da fronteira entre fato e fantasia, e sobretudo será necessário recuar para o estágio da dependência à mãe que segura o bebê todo o tempo, e possivelmente para o que poderia ser chamado de *dupla dependência*, onde a dependência é absoluta porque o ambiente não é percebido.

Mas posso deixar de lado a tão complexa psicologia da formação inicial dos elementos benignos e persecutórios e ater-me à minha intenção primitiva, a de começar no ponto em que o indivíduo torna-se um todo, uma unidade, lidando com as importantes questões que, na saúde, seguem-se necessariamente a esse estágio.

Reação à perda

Os trabalhos de Melanie Klein enriqueceram a compreensão que Freud nos legou da reação à perda. Quando a posição depressiva foi alcançada e plenamente estabelecida num indivíduo, a reação à perda é a de *dor*, ou *tristeza*. Se ocorreu alguma falha na posição depressiva, a consequência da perda é a depressão. O luto significa que o objeto perdido foi magicamente reintrojetado, e (conforme Freud mostrou) está lá sujeito ao ódio. A meu ver, isto significa que é possível o seu contato com elementos persecutórios. Incidentalmente, o equilíbrio de forças é perturbado, de modo que os elementos persecutórios aumentam enquanto as forças benignas ou apoiadoras são enfraquecidas. Surge uma situação de perigo, e o mecanismo de defesa que implica num amortecimento generalizado produz um estado de depressão. A depressão é um mecanismo de cura: o campo de batalha é como que coberto por um nevoeiro, permitindo uma trégua num ritmo mais lento, dando tempo para que todas as defesas possíveis possam acontecer e possibilitando a elaboração, de modo que em algum momento posterior ocorra o restabelecimento espontâneo. Clinicamente, a depressão (desse tipo) tende a desaparecer, um fenômeno bem conhecido pelos psiquiatras.

No indivíduo cuja posição depressiva esta solidamente estabelecida ocorre o que chamei de introjeções do conjunto C, ou seja, memórias de boas

então idealizado, e essa idealização indica uma desesperança quanto ao caos interno e à ausência de concernimento dos instintos. Um seio bom baseado em memórias selecionadas, ou na necessidade da mãe de ser boa, proporcional na reassseguramento. Um seio introjetado idealizado desta maneira domina o cenário. Tudo parece muito bem para o paciente mas não tanto para os seus amigos, pois um seio bom introjetado desse tipo precisa ser anunciado, e o paciente torna-se um propagandista do 'seio bom'.

Os analistas deontam-se com esse difícil problema: seremos reconhecidos em nossos pacientes? Sempre o somos, mas não gostamos disso. Detestamos nos tornar um seio bom internalizado em outros, e ouvir os anúncios a nosso respeito apreçados por aqueles cujo caos interno está sen-

O que queremos, então? Queremos ser comidos, não magicamente introjetados. E não há masoquismo algum neste ponto. Ser comida é o desejo e na verdade a necessidade de uma mãe nos primeiros estágios da criação de um bebê. Isto significa que os que não são canibalisticamente atacados tendem a sentir-se fora do alcance dos atos reparadores e restituidores dos demais, ou seja, fora da sociedade.

Se formos usados até o fim, devorados e roubados, somente então poderemos aceitar minimamente que nos introjetem de modo mágico, e que seja-

mos colocados na prateleira de reservas do mundo interno de alguém.

Resumindo, a posição depressiva, que pode estar a caminhar em circunstâncias favoráveis entre os seis e os nove meses de idade, geralmente não é alcançada até que o sujeito venha à análise. Quanto aos indivíduos mais esquizóides, e a todas as populações dos hospitais psiquiátricos que jamais chegaram a viver com base no verdadeiro eu ou na auto-expressão, a posição depressiva não é o mais importante. Para estes, ela ficará na mesma condição da cor para os daltonicos. Por contraste, para todo o grupo de maníaco-depressivos, que constitui a maioria das assim chamadas pessoas normais, a questão da posição depressiva no desenvolvimento normal não pode ser deixada de lado. Ela é e nunca deixa de ser o *problema da vida*, a não ser que seja alcançada. Em pessoas realmente saudáveis poderemos considerá-la um fato inquestionável, incorporado à vida ativa em sociedade. A criança, saudável por ter alcançado a posição depressiva, pode ir em frente rumo ao problema dos relacionamentos triangulares, o clássico complexo de Édipo.

experiências e de objetos amados, e estas permitem que o sujeito prossiga o seu caminho mesmo sem um apoio ambiental. O amor à representação interna de objeto externo pode diminuir o ódio ao objeto amado introjetado provocado pela perda. Desta e de outras maneiras, o luto pode ser vivido e elaborado e a tristeza pode ser sentida enquanto tal.

O brincar da criança de deixar cair as coisas, sobre o qual coloquemos uma ênfase, é um indicio de que a mesma está cada vez mais capacitada a lidar com a perda, sendo portanto uma indicação para o desmame.¹ Essa brincadeira implica num certo grau de introjeções do conjunto C.

O conceito do seio bom

Finalmente, consideremos a expressão 'seio bom'. *Exteriormente*, o seio bom é aquele que, uma vez comido, espera para ser reconstruído. Dito de outro modo, na verdade trata-se nada mais nada menos que da mãe que sustenta a situação no tempo do modo como descrevi anteriormente.

Na medida em que o seio bom é um fenômeno *interno* (presumindo-se que o indivíduo tenha alcançado a posição depressiva), devemos aplicar nosso princípio dos três conjuntos a fim de compreender o conceito.

Conjunto A: O conceito não pode ser utilizado neste contexto. Em seu lugar referimo-nos a experiências arquetípicas, ou a experiências instituídas gratificantes.

Conjunto B: Não é possível reconhecer o seio bom neste conjunto, pois se ele é bom, foi comido, e esperamos que tenha sido usufruído. Não haverá material referente ao seio bom enquanto tal. A criança cresce por intermédio desse material, eliminando o que não é necessário e o que é sentido como ruim.

Conjunto C: Aqui, finalmente, pode ser empregada a expressão 'seio bom internalizado'.

As memórias das experiências bem sustentadas ajudam a criança a ultrapassar curtos períodos de falha da mãe, e proporcionam as bases em primeiro lugar para os 'objetos transicionais', e em seguida para a co-nhecida sucessão de substitutos da mãe e do seio.

Gostaria de acrescentar o lembrete de que a introjeção de um seio bom é por vezes altamente patológica, uma organização defensiva. O seio (mãe) é

1 Ao mencionar o desmame, devo deixar de lado o fato de que por trás do mesmo encontra-se a desilusão.

tratamento possuindo apenas uma técnica limitada, e é possível, de posse de uma técnica muito sofisticada, fracassar completamente.

Tenhamos em mente, também, que há métodos legítimos de seleção de casos, permitindo que se evite o confronto com aspectos da natureza humana, os quais nos levariam para além do alcance do nosso equipamento técnico.

A seleção de casos implica em classificação. Costumo dividir os casos em três categorias distintas. *Primeiro*, há os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino dos relacionamentos interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud no início do século.

Segundo, os pacientes nos quais a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar. De fato, é possível dizer que a análise tem a ver com esses primeiros momentos vinculados — e imediata e inerentemente subsequentes — não só à aquisição do *status* de unidade mas também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento incipiente da dependência. Aqui se trata da análise do estágio do conhecimento, e do que se tornou conhecido como a 'posição depressiva'. Estes pacientes requerem uma análise do estado de espírito. A técnica para este tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, devidos ao espectro mais amplo do material clínico abordado. Do ponto de vista aqui adotado, o elemento importante é a *sobrevivência do analista* na condição de fator dinâmico.

No *terceiro* grupo incluo todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, e anteriores à aquisição do *status* de unidade em termos de espaço-tempo. A estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada. A res-peto desse terceiro grupo, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço. Recapitulando em termos do ambiente, podemos dizer que no primeiro grupo estamos lidando com pacientes que passaram a ter dificuldades no curso normal de sua vida em família, sendo que esta existia no período anterior à infância, e havendo um desenvolvimento satisfatório nos estágios iniciais da infância. Na segunda categoria temos a análise da posição depressiva, onde lidamos com o relacionamento mãe-bebê especialmente em torno do momento em que o termo desmame passa a ter sentido. A mãe sustenta a situação no tempo. Na terceira categoria estará o desenvolvimento emocional

Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico (1954)¹

Capítulo XXII

O ESTUDO do lugar da regressão no trabalho analítico é uma das tarefas que Freud deixou a nosso cargo, e creio que a nossa Sociedade encontra-se em condições de realizá-la. Minha impressão baseia-se no fato de que frequentemente são apresentados à Sociedade trabalhos contendo materiais relevantes a esse aspecto do nosso trabalho, ou então refere-se a ele casualmente sob o disfarce da faceta intuitiva ou 'artística' da prática psicanalítica.

A questão da regressão é uma das que se fizeram presentes em meu trabalho clínico ao longo dos últimos doze anos. Obviamente, trata-se de um assunto amplo demais para que eu possa apresentá-lo integralmente aqui e agora. Seleccionarei, portanto, aqueles aspectos que a meu ver dariam início aos debates de um modo bastante produtivo.

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas.

Tenhamos em mente, portanto, tão claramente quanto possível, a diferença entre a técnica e a realização de um tratamento. É possível realizar um

1 Trabalho apresentado à British Psycho-Analytical Society em 17 de março de 1954. Publicado no *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXXVI, 1955.

primitivo, no qual é necessário que a mãe esteja segurando concretamente a criança.

Nesta última categoria encontra-se uma das minhas pacientes, que tal-vez tenha sido quem mais me ensinou sobre regressão. Em outra ocasião poderrei fazer um relato completo desse tratamento, mas neste momento sou obrigado a simplesmente assinalar que ao longo do mesmo tive a experiência de permitir que uma regressão fosse até o fim da linha, e de observar as consequências.

Em poucas palavras, tive uma paciente (mulher atualmente na meia-idade) que tinha feito uma boa análise normal antes de procurar-me, mas que obviamente ainda precisava de ajuda. Este caso deu inicialmente a impressão de pertencer ao primeiro grupo da minha classificação, mas apesar de o diagnóstico de psicose nunca ter sido dado por nenhum psiquiatra, o diagnóstico psicanalítico precisava ser feito em termos de um desenvolvimento muito precoce de um falso eu. Para que o tratamento fosse efetivo, era necessário que houvesse uma regressão em busca do verdadeiro eu. Felizmente neste caso foi-me possível lidar pessoalmente com todo o processo da regressão, isto é, sem a ajuda de uma instituição. Eu havia decidido no início que o movimento regressivo teria toda a liberdade, e em momento algum — salvo uma única vez ainda nos primeiros tempos — fiz qualquer tentativa de interferir na regressão, que seguia o seu próprio curso. (Essa única exceção consistiu numa interpretação dada por mim a partir do material que havia surgido, ligado ao erotismo e sadismo orais na transferência. A interpretação era correta, mas chegou seis anos cedo demais, porque eu ainda não acreditava inteiramente na regressão. Para a minha própria segurança, eu precisava testar o efeito de pelo menos uma interpretação comum. Quando chegou o momento adequado para essa interpretação, ela não era mais necessária.) Passaram-se entre três e quatro anos antes que o fundo da regressão fosse alcançado, após o que se iniciou um progresso no desenvolvimento emocional. Não houve nova regressão. O caos não se fez presente, mas esteve sempre ameaçando.

Tive, portanto, uma experiência única — mesmo para um analista. Não tenho como deixar de sentir-me diferente de quem eu era antes de esta análise começar. Para os não-analistas será impossível conhecer a tremenda quantidade de ensinamentos que essa experiência com uma paciente é capaz de proporcionar, mas entre os analistas posso esperar pela compreensão integral de que essa experiência submeteu a psicanálise a um teste todo especial, e ensinou-me muitas e muitas coisas.

O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquantado ser humano, psicanalista e pediatra. Foi obrigado a crescer enquanto quanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar a minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades, e em todas as cerca de doze fases de resistência ocorridas ficou claro em seguida que a causa originava-se de algum fenômeno de contratransferência, tornando necessária uma auto-análise adicional do analista. Não posso, neste trabalho, apresentar uma descrição do caso, pois é necessário escolher entre uma abordagem teórica e uma abordagem clínica, e neste momento minha escolha é pela abordagem teórica. Ainda assim, tenho sempre este caso presente em minha mente.¹

O ponto central de tudo isto é o fato de que neste tratamento, assim como em vários outros por mim realizados, precisei rever a minha técnica, mesmo aquela adaptada aos casos mais comuns. Mas antes de explicar o que estou querendo dizer, preciso esclarecer de que modo utilizo o termo 'regressão'.

Para mim o termo regressão indica simplesmente o contrário de progresso. Esse progresso em si mesmo consiste na evolução do indivíduo, psicológica, personalidade e mente junto com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização. Há um impulso biológico por trás do progresso. Um dos postulados da psicanálise é o de que a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psique, e de que saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade refere-se a esse progresso evolutivo.

Observando mais de perto, percebemos imediatamente que *não pode existir uma simples reversão do progresso*. Para que esse progresso seja revertido, é preciso que haja no indivíduo uma organização que possibilite o acontecimento de uma regressão.

Assim, encontramos:

- Uma falha na adaptação por parte do ambiente, resultando no desenvolvimento de um falso eu.
- A crença numa possibilidade de correção da falha original, representada por uma capacidade latente de regredir, o que implica numa organização egóica complexa.
- Uma provisão ambiental especializada, seguida por uma regressão própria-mente dita.

¹ Outra referência ao caso encontra-se no Capítulo XIX, "A Mente e sua Relação com o Psicossoma".

Um novo desenvolvimento emocional, com as complicações que serão discutidas adiante.

Aliás, creio não ser apropriado utilizar o termo regressão toda vez que um comportamento infantil se faz presente no relato de um caso. A palavra regressão deu origem a um significado popular que não somos obrigados a adotar. Quando falamos de regressão na psicanálise, estamos implicitamente presumindo uma organização do ego e uma ameaça de caos. Há muitas coisas a estudar aqui sobre o modo como o indivíduo armazena memórias e idéias e potencialidades. E como se houvesse uma expectativa de que surjam condições novas, justificando a regressão e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente.

Evidentemente, estou considerando que a idéia da regressão implica num mecanismo de defesa do ego muitíssimo organizado, do qual faz parte a existência de um falso eu. Na paciente acima mencionada esse falso eu havia se transformado gradualmente num 'eu protetor', e somente depois de alguns anos foi possível que esse 'eu protetor' fosse entregue ao analista, e o eu se rendesse ao ego.

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento de um ser humano a idéia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do congelamento da situação da falha. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. A teoria aqui proposta é a da regressão como parte de um processo de cura, na verdade de como um fenômeno normal que pode ser produtivamente estudado em pessoas saudáveis. Na pessoa muito doente há muito pouca esperança de uma nova oportunidade. Num caso extremo o terapeuta teria que ir até o doente e proporcionar-lhe ativamente uma boa maternagem, experiência pela qual o paciente não poderia estar esperando.

O indivíduo saudável lida com as falhas ambientais precoces de várias maneiras. Mas uma delas é esta por mim denominada de congelamento da situação da falha. Deve existir alguma relação entre isto e o conceito do ponto de fixação.

Na teoria psicanalítica afirma-se com frequência que ao longo do desenvolvimento instintivo nas fases pré-genitais *situações desfavoráveis* podem criar pontos de fixação no desenvolvimento emocional do indivíduo. Num estágio posterior, por exemplo, no estágio da dominância genital, ou seja, quando a pessoa total está engajada em relacionamentos interpessoais (quando é comum falarmos freudianamente em complexo de Édipo e temor à castração), a ansiedade pode levar a uma regressão, em termos da qualidade do instinto, aquele que estava em vigor à época do ponto de fixação, e a consequência é a reintensificação da situação original de falha. Esta teoria já comprovou o seu valor e é utilizada em nosso trabalho cotidiano, de modo que não há motivos para abandoná-la enquanto a examinamos com um novo olhar.

Um exemplo simples seria o do menino cuja primeira infância havia sido normal, e ao qual foi aplicado um enema por ocasião de sua tonsilectomia, inicialmente por sua mãe e depois por um grupo de enfermeiras que tinham que segurá-lo à força. Tinha então dois anos de idade. Posteriormente teve problemas intestinais, e aos nove anos (idade da consulta) aparece como um caso grave de constipação. Entrementes, havia ocorrido uma séria interferência em seu desenvolvimento emocional no âmbito das fantasias genitais. Nesta situação aconteceu uma complicação, pois o menino reagiu ao enema como se este fosse uma vingança de sua mãe por sua homossexualidade, acabando por ser reprimida a homossexualidade e junto com ela o potencial de erotismo anal. Na análise desse menino pôde-se esperar que ocorressem atitudes como as quais seria necessário lidar, uma compulsão à repetição associada ao trauma original. Esta claro também que as mudanças no menino não acompanharam a simples reencenação do trauma, mas sim a interpretação do completo de Édipo comum dentro da neurose de transferência.

Apresentei este caso como um exemplo de sintoma representando uma regressão a um ponto de fixação onde um trauma estava claramente presente. Os analistas perceberam a necessidade de postular que de um modo mais geral existem *boas* situações pré-genitais para as quais o indivíduo pode voltar ao deparar-se com dificuldades num momento posterior. Trata-se de um fenômeno saudável. Assim sendo, surgiu a idéia de que existem dois tipos de regressão no que diz respeito ao desenvolvimento instintivo, um deles retrocedendo para uma situação anterior de falha, e o outro para uma antiga situação de êxito.

A meu ver, dedicou-se pouca atenção às diferenças entre os dois fenômenos. No caso da situação de falha ambiental, o que encontramos é a evidência de *defesas pessoais* organizadas pelo indivíduo, que precisam ser

analisadas. No caso mais normal da situação bem-sucedida, encontramos com mais clareza a memória de uma dependência, e portanto uma *situação ambiental* mais do que uma organização defensiva pessoal. A organização pessoal não é tão óbvia porque permanece fluida, menos defensiva. Neste ponto devo mencionar que a base para a minha formulação acima, nem sem-pré bem-aceita, é a ideia de que quanto mais próximos nos colocarmos de um início teórico haverá menos falhas pessoais, e de certo ponto em diante ocorrerão apenas falhas ambientais de adaptação.

Preocupa-nos aqui, portanto, não apenas a regressão a pontos bons ou maus nas experiências instintivas do indivíduo, mas também pontos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do ego e do id na história do indivíduo.

Poderíamos pensar em termos de estágios genitais e pré-genitais do desenvolvimento da qualidade do *instinto*, e poderíamos utilizar o termo regressão simplesmente como um inverso de progresso, uma viagem de volta do genital ao falico, do falico ao excretório, da excreção à ingestão. Mas quanto mais desenvolvermos nosso pensamento nessa direção, mais deveremos admitir que uma grande quantidade de material clínico não se encaixa nos moldes dessa teoria.

A alternativa é a de colocar a ênfase no desenvolvimento do ego e na dependência, e neste caso quando falarmos de regressão estaremos imediatamente falando da adaptação do ambiente com seus êxitos e suas falhas. Um dos pontos que estou tentando esclarecer tanto quanto possível é o de que o nosso pensamento sobre esta questão vê-se confundido pela tentativa de relacionar aos primórdios do ego, sem conferirmos nesse processo uma importância cada vez maior ao ambiente. Podemos construir teorias sobre o desenvolvimento dos *instintos* e concordar em que o ambiente seja deixado de lado, mas não é possível fazê-lo quando se trata de formular hipóteses sobre o desenvolvimento do *ego inicial*. Devemos lembrar sempre, eis a minha sugestão, que a conclusão final sobre o desenvolvimento do ego é o narcisismo primário. No narcisismo primário o ambiente sustenta o indivíduo, e o indivíduo ao mesmo tempo nada sabe sobre ambiente algum — e é uno com ele.

Tivesse eu um tempo maior, tentaria apontar o modo pelo qual uma regressão organizada é por vezes complicada por um retraimento patológico e por ciões defensivas de vários tipos. Esses estados relacionam-se com a regressão na medida em que constituem organizações defensivas. A organização que torna a regressão produtiva tem essa característica que a distingue das outras, qual seja, a de trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também

para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia.

Disto deriva o fato, caso seja um fato, de que é da psicose que um paciente pode recuperar-se espontaneamente, enquanto a psicose não permite a recuperação espontânea, tornando o psicanalista realmente necessário. Dito de outro modo, a psicose tem um vínculo estreito com a saúde, pelo qual um grande número de falhas ambientais congeladas pode ser recuperado e descongelado pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como as amizades, os cuidados recebidos durante uma doença física, a poesia etc. etc.

A mim parece que só muito recentemente a *regressão à dependência* passou a receber o lugar que lhe é devido nas descrições clínicas da literatura psicanalítica. O motivo para que assim seja deve ser o de que só recentemente começamos a nos sentir suficientemente sólidos em nossa compreensão do psicossoma e do desenvolvimento mental, a ponto de estarmos em condições de avaliar e admitir o papel desempenhado pelo ambiente.

Gostaria agora de dirigir-me diretamente a Freud, a fim de sugerir uma diferença um tanto artificial entre dois aspectos do seu trabalho. Vimos como Freud desenvolveu a psicanálise a partir de situações clínicas em que era lógico o uso da hipnose.

Vamos ver então o que fazia ele para escolher os seus casos. É possível dizer que do grande estoque psiquiátrico, que incluía todos os loucos soltos e internados (no original, 'nos asilos e fora deles', N.T.), ele aceitava os casos que teriam recebido os *cuidados adequados na primeira infância*, ou seja, os psiconeuróticos. Talvez não seja possível confirmá-lo pelo exame detalhado dos primeiros casos com os quais Freud trabalhou, mas de uma coisa podemos ter certeza, e esta é a mais importante: a história inicial de Freud permitiu-lhe chegar ao Édipo ou período da pré-latência como uma pessoa inteira, pronto para encontrar seres humanos inteiros, e pronto para lidar com relacionamentos interpessoais. Suas próprias experiências infantis haviam sido suficientemente boas, fazendo com que em sua auto-análise ele tomasse a maternagem do bebê como algo evidente por si mesmo.

Freud considera óbvia a situação da maternagem inicial, e minha alegação é a de que isto *transparece no contexto por ele estabelecido para poder trabalhar* sem saber muito bem o que estava fazendo. Freud analisou a si mesmo enquanto pertencentes aos relacionamentos interpessoais. Obviamente, mais tarde ele veio a estudar a primeira infância em termos teóricos e postu-

hou as fases do desenvolvimento pré-genital dos instintos, e ele e outros foram adiante na descrição detalhada de aspectos cada vez mais primitivos da história do indivíduo. Esse trabalho sobre as fases anteriores à genitalidade não frutificou tanto quanto possível, pois não se baseava no estudo de pacientes que precisassem regredir dentro da situação analítica.¹

Gostaria agora de esclarecer o modo pelo qual divido a contribuição de Freud em duas partes. Primeiro, temos a técnica psicanalítica e sua gradual evolução, tal como é ensinada aos estudantes. O material apresentado pelo paciente deve ser *compreendido* e *interpretado*. Segundo, temos o contexto no qual esse trabalho é realizado.

Observemos então o contexto clínico de Freud. Enumero a seguir alguns dos aspectos mais óbvios em sua descrição.

1. Diariamente, numa hora marcada, cinco ou seis vezes por semana, Freud colocava-se à disposição do paciente. (Esse horário era planejado de modo que fosse conveniente para ambos.)
2. O analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem.
3. Durante o tempo previamente combinado (cerca de uma hora) o analista permaneceria acordado e estaria preocupado com o paciente.
4. O analista expressaria o seu amor pelo interesse positivo assim demonstrado, e seu ódio pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim, e também através dos honorários. O amor e o ódio eram expressos honestamente, ou seja, não negados pelo analista.
5. O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria em sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.
6. O método do analista era o da observação objetiva.
7. Esse trabalho era realizado dentro de um quarto, não num corredor, um quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto estava adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta no rosto e nem por uma

¹ Vocês podem perceber que não estou afirmando que o trabalho teórico de Freud sobre o instinto pré-genital teria que fracassar devido ao seu pouco contato com bebês, pois não vejo razão para que ele não tivesse uma vasta experiência de observador da relação mãe-bebê em sua própria família e em seu trabalho. Além do mais, foi-me relembrado que ele trabalhou numa clínica pediátrica e fez observações detalhadas de bebês ao estudar a doença de Little. O ponto que eu gostaria de enfatizar aqui é o de que *felizmente* para nós Freud interessou-se inicialmente não pelo paciente que precisava regredir, mas pelo que ocorre na situação analítica quando a regressão não é necessária, e quando é possível aceitar como um fato o trabalho realizado pela mãe e pela adaptação ambiental inicial na história pregressa do paciente individual.

8. O analista (conforme sabemos) mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não tem desejo algum de intrrometer-se com detalhes de sua vida pessoal e de suas idéias, e não deseja tomar partido nos sistemas persecutórios, mesmo quando estes aparecem na forma de situações verdadeiramente compartilhadas em termos locais, políticos etc. Naturalmente, se houver uma guerra ou um terremoto, ou se o rei morre, o analista não ficará desinformado.
9. Na situação analítica o analista é bem mais confiável que as demais pessoas na vida cotidiana. De um modo geral ele é pontual, não propenso a ataques de fúria nem a apaixonar-se compulsivamente etc.
10. Para o analista há uma clara demarcação entre fato e fantasia, de modo que sonhos agressivos não o magoam.
11. É possível contar com a ausência da retaliação.
12. O analista sobrevive.

Muitas outras coisas poderiam ser ditas, mas a história toda pode ser resumida na idéia de que o/a analista *comporta-se*, e o faz sem muita dificuldade de simplesmente por ser uma pessoa relativamente madura. Se Freud não se comportasse bem, não lhe teria sido possível desenvolver a técnica da psicanálise, ou sua teoria, para a qual a técnica o conduziu. Isto é verdade independente de o quão inteligente ele era então. O ponto central aqui é o de que praticamente cada um desses detalhes pode ser de extrema importância numa dada fase da análise que envolva alguma regressão do paciente.

Há aqui um rico material para estudo, e pode-se notar que existe uma semelhança marcante entre todas estas coisas e as tarefas comuns dos pais, especialmente as da mãe com seu bebê ou do pai que desempenha o papel de mãe, e em certos aspectos também com as tarefas da mãe no início propriamente dito.

Gostaria de acrescentar que para Freud existem três pessoas, uma delas fora do consultório. Quando existem apenas duas pessoas, terá ocorrido uma regressão do paciente no contexto, e o contexto então representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê. Há um estado seguinte de regressão no qual apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isto é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas.

Minha tese até aqui pode ser formulada da seguinte maneira:

A doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento emocional. A sensação de inutilidade e irrealdade

de que uma saúde aparente baseada num eu falso não tem valor para o paciente. A doença, com o eu verdadeiro muito bem escondido, por dolorosa que seja, é a única saída, a não ser que, enquanto terapêutas, possamos voltar atrás com o paciente e tirar do seu lugar a situação da falha ambiental original.

Devo fazer uma outra observação logo em seguida: num grupo de pacientes psicóticos haverá alguns clinicamente regredidos, e outros não. De modo algum caberia afirmar que os clinicamente regredidos são os mais doentes. Do ponto de vista psicanalítico pode ser mais fácil dar conta de um paciente que teve um episódio psicótico do que tratar um caso semelhante num estado de fuga para a sanidade.

É preciso muita coragem para ter um episódio psicótico, mas pode ser que a alternativa seja essa *fuga para a sanidade*, um fenômeno comparável à defesa maníaca contra a depressão. Felizmente, na maioria dos nossos casos os episódios podem ser contidos dentro das sessões de análise, ou ficam res- tritos e localizados de modo a permitir que o meio social do paciente lide com eles ou os absorva.

Para melhor entendimento da questão, gostaria de fazer algumas com- parações:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo) o divã é o analista, os travessinhos são seios, o analista é a mãe em certa época do passado. Em situações extremas não se pode mais dizer que o divã representa o analista.

É correto falar dos *desejos* do paciente, por exemplo o desejo de ficar quieto. Com o paciente regredido, porém, o termo desejo revela-se inade- quado. Em seu lugar usamos a palavra necessidade. Se um paciente regredi- do *precisa* de silêncio, nada se poderá fazer se este não for conseguido. Quando a necessidade não é satisfeita a consequência não é raiava, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de cres- cimento do eu. A capacidade do indivíduo de 'desejar' sofreu uma inter- ferência, e testemunhamos então o ressurgimento da causa original do senti- mento de inutilidade.

O paciente regredido está à beira de reviver situações de sonho e da me- mória. A atuação do sonho pode ser o modo pelo qual o paciente descobre o que é urgente. Falar sobre o que foi atuado pode seguir-se à ação, mas não pode precedê-la.

Vejamos, por exemplo, o detalhe da pontualidade. O analista não é al- guém que deixa os pacientes esperando. Os pacientes têm sonhos em que al-

de derivam do desenvolvimento de um eu falso que surge como proteção ao eu verdadeiro.

O contexto analítico reproduz as técnicas de maternagem da primeira in- fância e dos estágios iniciais. O convite à regressão resulta da sua confiabi- lidade.

A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência ini- cial ou dupla dependência. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário.

O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verda- deiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que implicam num eu falso protegendo o verdadeiro.

Nesta medida, a doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente.

O progresso a partir dessa nova posição, com o eu verdadeiro entregue ao ego total, pode agora ser estudado em termos dos complexos processos do crescimento individual.

Na prática, ocorre uma sequência de eventos:

1. O fornecimento de um contexto que proporcione confiança.
2. A regressão do paciente à dependência, com a devida percepção do risco en- volvido.
3. O paciente sente o eu de um novo modo, e o eu até aqui oculto é entregue ao ego total. Novo progresso do indivíduo a partir de onde o processo havia parado.
4. Descongelamento da situação da falha original.
5. A partir da nova posição de força do ego, raiava relativa à situação da antiga fa- lha, sentida no presente e explicitada.
6. Retorno da regressão à dependência, num progresso organizado em direção à independência.
7. Necessidades e desejos instintivos tornados realizáveis com vigor e vitalidade genuínos.

E tudo isto repetindo-se inúmeras vezes.

Devo fazer aqui um comentário sobre o diagnóstico da psicose.

Considerando-se um grupo de loucos, uma grande diferença deve ser estabelecida entre aqueles cujas defesas encontram-se em estado catóico e aqueles que foram capazes de organizar uma doença. É praticamente certo que a psicanálise, quando aplicada à psicose, será mais bem-sucedida nos casos em que houver uma doença altamente organizada. Meu horror pessoal à leucotomia e minhas suspeitas contra a E.C.T. (*Electric Chock Therapy*) derivam de minha percepção da doença psicótica como uma organização de- tensiva cujo objetivo é proteger o verdadeiro eu, e também da minha opinião

quém os deixa esperando," com todas as vantagens possíveis do tema, e podem ficar zangados quando o analista se atrasa. Tudo isto faz parte da maneira como o material se apresenta. Mas pacientes regredidos são diferentes quanto ao início da sessão. Há fases em que tudo depende da pontualidade do analista. Se o analista está lá pronto e esperando, tudo vai bem. Se não, é melhor tanto o paciente quanto o analista levantarem acaramento e irem para casa, pois nenhum trabalho poderá ser realizado. Por outro lado, a importância do paciente pode ter os seus motivos: Um paciente neurótico, ao atrasar, pode estar manifestando uma transferência negativa. Já o paciente deprimido que se atrasa provavelmente estará proporcionando ao analista um pouco de descanso, um intervalo um pouco maior para dedicar a outras atividades (protegendo-o de sua agressividade ou voracidade).

O paciente psicótico (regredido) chegará atrasado possivelmente porque ainda não acredita que o analista estará lá na hora certa. Seria inútil chegar na hora. Tantas coisas dependem desse detalhe, que ele não pode correr o risco e se atrasa. E nenhum trabalho é realizado.

E novamente: os pacientes neuróticos gostam de ver a terceira pessoa sempre *excludida*, e o ódio por ver os outros pacientes pode perturbar o trabalho de maneiras inteiramente imprevisíveis. Pacientes depressivos podem sentir contentamento ao ver outros pacientes, até alcançarem o amor primitivo ou voraz, que suscita a sua culpa. Pacientes regredidos ou não têm objeções à presença de outros pacientes, ou não conseguem conceber a sua existência. O outro paciente não passa de uma nova versão do seu eu.

Um paciente enrosca-se em si mesmo sobre o divã, deita a cabeça sobre a mão e parece aquecido e contente. O cobertor vai direto para cima da cabeça. O paciente está só. Obviamente, estamos todos acostumados às muitas variações do retraimento zangado, mas o analista precisa ser capaz de reconhecer esse retraimento *regressivo*, no qual ele não está sendo insultado e sim sendo usado de um modo extremamente primitivo e positivo.

Outro ponto é o de que a regressão à dependência é parte integrante da análise dos fenômenos da primeira infância, e se o divã for molhado, ou o paciente se sujar ou babar, sabermos que tais coisas são inerentes, e não uma complicação. Não é de interpretações que se necessita aqui, e na verdade qualquer fala ou movimento pode articular todo o processo e causar profunda dor ao paciente.

1. Uma declaração do que aconteceu durante a atuação.
2. Uma declaração do que era esperado da parte do analista. Disto se pode deduzir.
3. O que aconteceu de errado na situação da falha ambiental original.
4. Isto leva a algum alívio, mas em seguida acontece:
 1. Uma declaração da falha ambiental original. Esta falha talvez esteja sendo sentida pela primeira vez, e o analista pode agora participar sendo usado com referência às suas falhas, mais que a seus êxitos. Isto seria desconcertante — a não ser que seja compreendido. O progresso ocorreu graças à cuidadosa tentativa do analista de adaptar-se, mas é a *falha* que será apontada como importante nesse momento, pelo fato de reproduzir a falha ou trauma original. Em casos favoráveis, ocorrerá finalmente:
 2. Um novo sentimento de eu no paciente, e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro. Este último é que será a recompensa do analista, através de sua identificação com o paciente. Nem sempre ocorrerá o estágio seguinte, em que o paciente consegue compreender o esforço realizado pelo analista e dizer um 'muito obrigado' verdadeiramente significativo.

Numa certa sessão no início de um desses tratamentos permaneci abso-
lutamente quieto, apenas respirando, e percebi que era isto que eu deveria fa-
zer. Senti muita dificuldade em fazê-lo, principalmente porque eu não
conhecia o significado especial desse silêncio para a minha paciente. Ao fi-
nal da sessão, ela retornou do estado regressivo e disse-me: 'Agora eu sei
que você pode fazer a minha análise.'

cientes regridam'; ou 'Winnicott adora que os seus pacientes regridam (convida os seus pacientes a regredir)'.
Permitam-me fazer algumas observações a respeito da regressão orga-

nizada à dependência.

Trata-se de algo que é sempre extremamente doloroso para o paciente.

a) Num extremo encontra-se o paciente bastante normal. Aqui a dor é sentida por quase todo o tempo.

b) A meio caminho deparamo-nos com todos os graus de reconhecimento doloroso da precariedade da dependência e da dupla dependência.

c) No outro extremo estará o caso psiquiátrico. Aqui o paciente aparentemente não sofre enquanto dura a dependência. O sofrimento ocorre devido a sensação de inutilidade, irreabilidade etc.

Não o digo a fim de negar que em termos restritos a experiência da dependência pode proporcionar uma extrema satisfação. Tal satisfação não é de natureza sensual. Refere-se ao fato de que a regressão alcança e fornece um ponto de partida, o que eu chamaria de *um lugar* de onde é possível operar. O eu é encontrado. O sujeito entra em contato com os processos básicos do eu que fazem parte do desenvolvimento verdadeiro, e o que acontece daí qui em diante é sentido como real. A satisfação obtida nesse processo é tão mais importante que qualquer satisfação sensual proporcionada pela experiência da regressão, que não é mais necessário mencioná-la sequer.

Não há motivos para o analista *querer* que o paciente regrida, salvo motivos de natureza patológica. Se o analista gosta que os pacientes regridam, isto certamente irá interferir com o manejo da regressão. Além do mais, a análise que envolve uma regressão clínica é muito mais difícil que aquela em que muito agradável se pudessemos aceitar apenas pacientes cujas mães foram capazes de proporcionar-lhes condições suficientemente boas no início e nos primeiros meses. Mas esta época da psicanálise vem rumando firmemente para um fim.

Surge, porém, a questão: o que faz o analista quando a regressão aparece (mesmo que quantitativamente minúscula)?

Alguns dirão, rudemente: 'Ora, sente-se! Tome jeito! Pare com isso! Fale! Mas isto não é psicanálise.

Alguns dividem o seu trabalho em duas partes, ainda que infelizmente nem sempre o admittam:

a) São estritamente psicanalistas (associação livre verbal; interpretação das verbalizações; nenhuma gratificação).

b) Agem intuitivamente.

Daqui deriva a idéia de que a psicanálise é uma arte.

Alguns dizem: 'Inanalizável', e jogam a toalha. Algum hospital psiquiátrico encartrega-se do caso.

A idéia da psicanálise como uma arte deveria ceder seu lugar gradualmente ao estudo da adaptação ambiental referente à regressão dos pacientes. Mas enquanto o estudo científico da adaptação ambiental não se desenvolve, suponho que os analistas deverão continuar a agir como artistas em seu trabalho. Os psicanalistas podem ser realmente bons artistas, mas (conforme perguntei diversas vezes): que paciente deseja ser o poema ou o quadro de alguém?

De acordo com a minha experiência, sei que alguns dirão: Tudo isto leva a uma teoria do desenvolvimento que ignora os primeiros estágios da evolução individual e atribui o desenvolvimento inicial a fatores ambientais. E isto está errado.

No desenvolvimento inicial do ser humano o ambiente que age de modo suficientemente bom *permite que o crescimento pessoal tenha lugar*. Os processos do eu podem nesse caso permanecer ativos, numa linha ininterrupta de crescimento vivo. Se o ambiente não se comporta de modo suficiente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão, e os processos do eu são interrompidos. Se este estado de coisas atinge um certo limite quantitativo, o núcleo do eu passa a ser protegido. Há uma paralisção, e o eu não consegue novos progressos a não ser que a situação da falha ambiental seja corrigida do modo como descrevi anteriormente. Com o eu verdadeiro protegido, surge um eu falso construído sobre a base de uma submissão defensiva, a aceitação da reação à intrusão. O desenvolvimento do falso eu é uma das *organizações defensivas mais bem-sucedidas*, destinada a proteger o núcleo do eu verdadeiro, e sua existência tem por consequência a sensação de inutilidade. Costaria de repetir aqui a idéia de que enquanto o centro de operações do indivíduo localiza-se no falso eu haverá essa sensação de inutilidade, e na prática podemos ver a mudança para o sentimento de que a vida vale a pena ao nos aproximarmos do momento em que o centro de operações transfere-se do eu falso para o eu verdadeiro, mesmo antes de o núcleo deste ser passado para o ego total.

De tudo isto é possível extrair um princípio fundamental da existência: tudo aquilo que provém do verdadeiro eu é sentido como real (e posteriormente como bom), seja qual for a sua natureza, não importa o quão agressiva; e tudo aquilo que acontece ao indivíduo enquanto reação à intrusão ambiental é sentido como irreal, inútil (e posteriormente ruim), independentemente de o quão gratificante seja do ponto de vista sensorial.

ma, e isto é tão certo quanto a descrição do reassseguramento prejudicial em termos da contrainferência.

Afinal, o que estou pedindo que os analistas façam em sua prática clínica em relação a essas questões?

1. Eu *não* lhes estou pedindo para aceitarem pacientes psicóticos.
2. Nada do que eu disse afeta os princípios da prática normal na medida em que:
 - a) O analista esteja na primeira década de sua carreira.
 - b) O paciente seja realmente neurótico (não psicótico).
3. Estou sugerindo que, enquanto o analista espera chegar à condição de poder dar conta de um caso em que a regressão deva ocorrer, há muitas coisas que ele poderia fazer a fim de preparar-se. Ele pode:
 - a) Observar o funcionamento dos fatores que atuam no contexto;
 - b) observar os exemplos de regressão mais ligeira com remissão espontânea que aparecem no decorrer das sessões de análise; e
 - c) observar e utilizar os episódios de regressão que ocorrem na vida do paciente fora da análise, os quais, a meu ver, são geralmente desperdiçados, empobrecendo a análise.

A consequência mais importante das idéias que estou propondo, caso estas sejam aceitas, será um uso mais preciso, rico e produtivo dos fenômenos do contexto em análises comuns de não-psicóticos, levando, a meu ver, a uma nova abordagem do estudo da psicose e de seu tratamento por psicanalistas fazendo psicanálise.

Resumo

Chamei a atenção para a questão da regressão da forma como esta ocorre no contexto psicanalítico. Relatos de tratamentos psicológicos bem-sucedidos de adultos e crianças mostram que as técnicas que admitem a regressão estão sendo usadas cada vez mais. O psicanalista, acostumado com a técnica adequada ao tratamento da psicose, é quem melhor poderá compreender a regressão e as implicações teóricas relativas à expectativa do paciente que precisa regredir.

A regressão pode dar-se em qualquer grau, ser limitada e momentânea, ou total e envolvendo toda a vida do paciente por um certo tempo. As regressões menos severas proporcionam um rico material para a pesquisa. Dessê estudo emerge um novo entendimento sobre o 'verdadeiro eu' e o 'falso eu', e também sobre o 'ego observador'. Ao mesmo tempo, alcança-se

Por fim, permitam-me examinar o conceito de regressão, contrastando-o com o conceito de reassseguramento. Isto é necessário pelo fato de a técnica adaptativa exigida para fazer em face da necessidade do paciente ser muitas vezes classificada (erradamente, tenho certeza) como reassseguramento.

Concordamos em que o reassseguramento não faz parte da técnica psicanalítica. O paciente vem para o contexto analítico e vai embora dali, e dentro desse contexto não há mais que interpretações, correias e penetrantes, e na hora certa.

Ao ensinarmos psicanálise, devemos continuar a falar contra o reassseguramento.

No entanto, se olharmos com um pouco mais de cuidado, veremos que se trata muito simplesmente de uma questão de linguagem. Não é meramente uma questão de reassseguramento sim ou não.

Na verdade, toda a questão merece um reexame. O que é reassseguramento? O que poderia ser mais reasssegurador do que se ver bem analisado, encontrar-se num contexto confiável com uma pessoa madura tomando conta da situação, uma pessoa capaz de fazer interpretações acuradas e penitentes, e perceber que o próprio processo pessoal está sendo respeitado? Negar que o reassseguramento está presente no contexto psicanalítico clássico é, portanto, pouco inteligente.

Todo o contexto do tratamento psicanalítico constitui na verdade um grande reassseguramento, especialmente o comportamento objetivo confiável do analista, e as interpretações transferenciais que usam construtivamente as paixões do momento, em vez de explorá-las permitindo que se desperdicem.

A questão do reassseguramento pode ser discutida de um modo muito mais produtivo, se a enfocarmos do ponto de vista da *contrainferência*. Formações reativas no comportamento do analista são prejudiciais não porque se fazem presentes na forma de reassseguramento e negação, mas porque representam elementos inconscientes reprimidos no analista que irão limitar a sua capacidade de trabalho.

E o que poderíamos dizer da *incapacidade* do analista de reasssegurar? E se o analista for um suicida? *E preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento* para que algum trabalho possa ser feito, e isto é rapidamente percebido pelo paciente.

Descrever a regressão à dependência — com sua concomitante adaptação ambiental — em termos de reassseguramento não nos levará a parte algu-

uma compreensão renovada de que a organização egóica que permite a regressão constitui um mecanismo saudável, que permanece em estado potencial a não ser que seja fornecida uma nova adaptação ambiental confiável, que poderá ser usada pelo paciente para corrigir a falha adaptativa original.

Nesse ponto, o trabalho terapêutico na análise vincula-se àquela realizada pelos que cuidam de crianças, pelos amigos, pela poesia e pelas atividades culturais em geral. Mas a psicanálise tem a possibilidade de aceitar e utilizar o ódio e a raiva pertencentes à situação da falha original, fatores importantes capazes de destruir o valor terapêutico dos métodos não analíticos. Ao recuperar-se da regressão, o paciente, com o eu agora entregue aos cuidados do ego de um modo mais completo, precisará de análise normal conforme a que se destina a lidar com a posição depressiva e o complexo de Édipo nos relacionamentos interpessoais. Por esta razão, se não por nenhum outra, o futuro analista em formação deve tornar-se competente na análise de pacientes não psicóticos cuidadosamente selecionados antes de passar a familiarizar-se com a regressão. Um trabalho preliminar pode ser realizado através do estudo do contexto na psicanálise clássica.

Formas Clínicas da Transferência (1955-6)¹

Capítulo XXIII

MINHA CONTRIBUIÇÃO, a este Simpósio sobre Transferência gira em torno de um aspecto específico da questão. Relaciona-se à influência, sobre a prática analítica, das novas descobertas de como cuidar de crianças, que por sua vez derivaram da teoria analítica.

Na história da psicanálise houve freqüentes atrasos na aplicação direta da metapsicologia psicanalítica. Freud conseguiu formular uma teoria dos estágios muito iniciais do desenvolvimento emocional numa época em que a teoria estava sendo aplicada somente no tratamento de casos de neurose cuidadosamente selecionados. (Retiro-me ao período do trabalho de Freud entre 1905 e 1914.)

Por exemplo, as teorias concernentes aos processos primários, à identificação primária e à repressão primária surgiram na prática analítica somente na forma de um respeito maior prestado pelos psicanalistas, em comparação com outros, aos sonhos e à realidade psíquica.

Olhando para trás, podemos hoje perceber que os casos eram selecionados corretamente para a análise, quando a história primitiva do paciente mostrasse que ele teria sido *cuidado de um modo suficientemente bom*. Essa adaptação inicial suficientemente boa à necessidade teria dado ao ego individual a possibilidade de ser, e como resultado, os *estágios iniciais* do estabelecimento do ego *podiam ser considerados pelo analista um fato consuetudino*. Era possível, assim, aos analistas falarem e escreverem como se a primeira experiência do bebê fosse a primeira mamada, e como se a relação de objeto entre a mãe e o bebê fosse o primeiro relacionamento significativo.

¹ Apresentado no 19º Congresso Internacional de Psicanálise em Genebra, 1955. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXXVII, p. 386, 1956.

Isto satisfazia os analistas em sua prática, mas não podia satisfazer os observadores diretos de bebês sendo cuidados por suas mães.

Naquela época a teoria tateava em busca de uma compreensão mais profunda disso que chamamos relação mãe-bebê, e de fato o termo 'identificação primária' implica num ambiente ainda não diferenciado daquilo que mais tarde virá a ser um indivíduo. Vendo a mãe segurando o seu bebê logo após o nascimento, ou um bebê ainda não nascido, ao mesmo tempo sabemos que ali existe um outro ponto de vista, o ponto de vista da criança caso esta já estivesse lá; e a partir desse ponto de vista o bebê ou não está ainda diferenciado, ou o processo de diferenciação já teve início e o que há é a dependência absoluta no ambiente imediato e em seu comportamento. Atualmente já é possível estudar e utilizar essa parte vital da velha teoria de um modo novo e prático no trabalho analítico, seja com casos frontísticos ou nas fases ou momentos psicóticos que ocorrem ao longo da análise de pacientes neuróticos ou de pessoas normais. Esse trabalho amplia o conceito de transferência pelo fato de na análise dessas fases não ser possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também a neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego, e na verdade um ego intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade derivada dos insuítos — e de assumir a responsabilidade pelas mesmas.

Referi-me anteriormente ao estado de coisas existente, quando é feito um movimento em direção à saída da identificação primária. Temos aqui em primeiro lugar a dependência absoluta. Dois tipos de resultados podem ocorrer: num deles, a adaptação do ambiente à necessidade é suficientemente boa, de modo a permitir o surgimento de um ego que, com o tempo, poderá ter a expertise de impulsos do id. No outro, a adaptação do ambiente não é suficientemente boa, não havendo de fato o estabelecimento do ego e sim o desenvolvimento de um *pseudo-ego* que consiste numa coleção de reações a uma sucessão de falhas na adaptação. Gostaria de mencionar aqui o trabalho de Anna Freud, 'The Widening Scope of Indications for Psycho-Analysis' (1954). O ambiente, ao adaptar-se de modo bem-sucedido nesta etapa inicial, não é reconhecido e nem mesmo recordado, e assim no estágio original não existe qualquer sentimento de dependência. No entanto, sempre que o ambiente falha em sua tarefa de adaptar-se ele é automaticamente registrado na forma de uma intrusão, algo que interrompe a continuidade do ser, a qual, quando não seccionada, teria se transformado no ego do ser humano diferenciado. Podem ocorrer casos extremos em que não haja mais do que essa coleção de reações às falhas de adaptação no estágio crítico da saída do estado de

identificação primária. Tenho certeza de que esta condição é compatível com a vida e mesmo com a saúde física. Nos casos em que o meu trabalho encontra a sua base houve o que chamei de verdadeiro eu oculto, protegido por um falso eu. Esse eu falso é sem dúvida um aspecto do eu verdadeiro. Ele o oculta e o protege, e reage às falhas da adaptação, desenvolvendo um padrão que corresponde ao padrão das falhas. Deste modo, o eu verdadeiro não toma parte nas reações, preservando assim a continuidade do ser. No entanto, esse eu verdadeiro escondido sofre o empobrecimento devido à falta de experiências.

O eu falso pode alcançar uma integridade ilusória e falsa, ou seja, uma falsa força egóica, conseguida a partir de padrões do ambiente, e de um ambiente que pode ser confiável e bom; pois não é de modo algum inevitável que a falha materna inicial leve a uma falência geral na criação do bebê. O eu falso, porém, não tem meios de experimentar a vida ou de sentir-se real. Nos casos mais favoráveis o falso eu desenvolve uma atitude materna fixa em relação ao eu verdadeiro, permanentemente segurando-o como a mãe segura um bebê no início da fase de diferenciação e de saída da identificação primária.

No trabalho que estou procurando descrever, o analista adota os princípios básicos da psicanálise, em que o inconsciente do paciente é quem lidera o processo, sendo seguido com exclusividade pelo analista. Ao lidar com a tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, evitando tornar-se diretivo e sair do seu papel. Descobri que não é necessário sair do papel de analista e que é possível seguir a liderança do paciente inconsciente do tipo de tratamento tanto quanto na análise de uma neurose. Existem, no entanto, diferenças entre os dois tipos de trabalho.

Sempre que há um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo. (Por contexto entendo o somatório de todas as detalhes relativos ao manejo.) Ainda assim existe um conjunto de normas de manejo na análise comum razoavelmente aceito por todos os analistas. No trabalho que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro. O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver.

Em algum momento o falso eu entrega-se ao analista. Este é um tempo de muita dependência e muito risco, e o paciente encontra-se naturalmente num estado profundamente regredido. (Por regressão entendo aqui a regressão à dependência e ao processos de desenvolvimento iniciais.) Trata-se também de um período muito doloroso, porque o paciente tem consciência dos riscos inerentes, o que não ocorria com o bebê na situação original. Em certos casos, uma parte tão grande da personalidade compromete-se com esse processo, que será necessário internar o paciente. Mas os processos serão estudados mais facilmente nos casos em que esses fenômenos ficarão mais ou menos confinados ao tempo de duração das sessões analíticas.

Uma das características da transferência nesse estágio é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente. A idéia pode ser encontrada no livro de Mme. Sechehaye e no título por ela escolhido: *Realização Simbólica*. Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha o seu valor original.

A adaptação suficientemente boa do analista leva exatamente ao resultado esperado, ou seja, a mudança do centro de operações do paciente, antes localizado no eu falso, para o eu verdadeiro. Pela primeira vez na vida do paciente, há agora a possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóticos, da sua consolidação como um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relação com os objetos. Pela primeira vez o ego pode viver impulsos do id e sentir-se real ao fazê-lo, e sentir-se real também ao descansar dessas experiências. A partir desse momento, pode afinal ocorrer a análise normal das defesas do ego contra a ansiedade.

Desenvolve-se no paciente a capacidade de usar o limitado êxito do analista em adaptar-se, de modo que o ego do paciente passa a poder rememorar as falhas originais, todas elas bem gravadas e prontas. Essas falhas tiveram em sua época o efeito de provocar ruptura,¹ e o tratamento do tipo que estou descrevendo já deve ter percorrido um longo caminho até esse momento em que o paciente pode apoderar-se de um exemplo de falha original e zangar-se a seu respeito. Somente então, porém, é que se torna possível para ele dar início ao teste da realidade. Aparentemente, algo como uma repressão (recalcio ao teste da realidade).

¹ Segundo a tradução francesa de Jeannine Kalimanovitch, trata-se de rupturas 'na continuidade do ser'. N.T.

que) primária recai sobre essas lembranças traumáticas depois de terem sido usadas no tratamento.

A maneira como essa mudança se processa, da experiência da ruptura para a experiência da raiva, é algo que me interessa de um modo todo especial, pois é nesse ponto do meu trabalho que me percebo surpreendido. *O paciente usa as falhas do analista.* Sempre ocorrem falhas, já que não há realmente tentativa alguma de proporcionar uma adaptação perfeita. Eu diria que faz menos mal cometer erros com esse tipo de paciente que com os pacientes neuróticos. Não devo ter sido o único a se surpreender com a constatação de que, enquanto um erro grosseiro pode provocar um prejuízo muito pequeno, um ligeiro erro de julgamento produz um efeito enorme. A chave para compreender-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber e abarcar, e zangar-se por isso. O analista deve ser capaz de usar suas próprias falhas em termos de sua significação para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isto implique em examinar sua contratransferência inconsciente.

Nessas fases do trabalho analítico, aquilo que no tratamento de pacientes neuróticos seria chamado de resistência indica sempre que *o analista cometeu um erro* ou agiu mal a respeito de algum detalhe. De fato, a resistência permanece até que o analista tenha se dado conta de seu erro e tentado reponsabilizar-se por ele, dele fazendo uso. Se ele se defende, o paciente perde a chance de zangar-se com uma falha passada justamente no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez. Há aqui uma grande diferença entre esse tipo de trabalho e a análise de pacientes neuróticos com um ego intacto. E aqui está o que justifica o ditado de que toda análise fracassada representa o fracasso não do paciente, mas do analista.¹

Esse trabalho exige muito do analista, em parte porque ele deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação mãe natural do paciente.

B exige muito também pela necessidade de o analista procurar os seus próprios erros toda vez que surge uma resistência. Mas é somente pela utilização de seus erros que ele poderá fazer a parte mais importante do trabalho nessas fases, aquela que torna o paciente capaz de pela primeira vez sentir raiva a respeito de detalhes das falhas na adaptação que, à época em que

¹ Cf. a famosa declaração de Lacan segundo a qual quem resiste é o analista, não o paciente. N.T.

ocorreram, provocaram rupturas. É esta parte do trabalho que liberta o paciente de sua dependência ao analista.

Desta maneira, a transferência negativa da análise 'neurótica' é substituída por uma raiva objetiva contra as falhas do analista, e aqui temos outra vez uma importante diferença entre os fenômenos transferenciais nos dois tipos de trabalho.

Não devemos esperar que os nossos êxitos na adaptação sejam reconhecidos, pois estes não são percebidos como tais num nível mais profundo. Embora não tenhamos como trabalhar sem as teorias que construímos em nossas discussões, esse tipo de trabalho inevitavelmente nos colocará na condição de farsantes, caso tentemos entender as necessidades do paciente como uma questão mais do intelecto que do psicossoma.

Em meu trabalho clínico comprovei, ao menos para mim mesmo, que um tipo de análise não exclui o outro. Encontro-me sempre escorregando de um para o outro e vice-versa, segundo a tendência do processo inconsciente do paciente. Quando o trabalho de natureza especial ao qual me referi chega a um fim, tem início naturalmente o trabalho analítico normal, a análise dos impulsos do id e responsabilizar-se por elas. O que precisamos fazer agora é estudar detalhadamente os critérios pelos quais o analista tenha como saber *quando mudar a ênfase do trabalho*, e como perceber que esta surgindo uma necessidade do tipo que a meu ver deve encontrar resposta (ao menos de modo simbólico) através de uma adaptação ativa, enquanto o analista mantém sempre em mente o conceito de identificação primária.

A Preocupação Materna Primária (1956)

Capítulo XXIV

A PRESENTE CONTRIBUIÇÃO encontrou o seu estímulo na discussão publicada em *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. IX, sob o título: 'Problems of Infantile Neurosis'. As diversas contribuições da Sra. Freud nessa discussão pertazem uma importante declaração sobre o estado atual da teoria psicológica no que tange aos estágios muito iniciais da vida da criança e à construção da personalidade.

Gostaria de discutir a questão do relacionamento mãe-bebê em sua etapa inicial, questão esta de importância máxima nessa fase, e que só gradualmente passa a segundo plano em relação à questão do bebê enquanto um ser independente.

Sinto necessidade de em primeiro lugar apoiar o que diz a Sra. Freud no item 'Mal-entendidos Atuais': 'Os desapontamentos e as frustrações são inseparáveis da relação mãe-criança. (...) Lançar a culpa pela neurose infantil sobre as falhas da mãe na fase oral constitui não mais que uma generalização enganosa e superficial. A análise deveria ir mais longe e mais fundo em sua busca pelas causas da neurose.' Com estas palavras, a Sra. Freud expressa um ponto de vista geralmente aceito pelos psicanalistas.

Apesar disto, seria muito proveitoso levarmos em conta o lugar da mãe. Existe algo que chamamos de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes.

A Sra. Freud nos faz lembrar que é lícito pensar sobre os padrões pre-genitais em termos de duas pessoas que, juntas, tentam alcançar o que poderia ser chamado, resumidamente, de 'equilíbrio homeostático' (ver Mahler, 1954). O mesmo fenômeno recebe o nome de 'relacionamento simbiótico'. Diz-se frequentemente que a mãe de um bebê é biologicamente condicional-

da para a sua tarefa de lidar de modo todo especial com as necessidades do bebê. Em linguagem mais comum, existe uma identificação — consciente mas também profundamente inconsciente — que a mãe tem com o seu bebê. Acreditamos que esses vários conceitos e noções deveriam ser reunidos num conjunto, e que o estudo da mãe deveria ser trazido para fora do campo puramente biológico. O termo simbioso não nos leva mais longe que a comparação entre o relacionamento da mãe e o bebê com outros exemplos da vida animal e vegetal — a interdependência física. As palavras equilíbrio homeostático evitam certos aspectos mais sutis que surgem ao nosso olhar, quando observamos esse relacionamento com a atenção que lhe é devida.

O que nos interessa é a enorme diferença *psicológica* entre, por um lado, a identificação da mãe com o bebê, e por outro, a dependência do bebê em relação à mãe. A dependência não implica em identificação, pois esta última constitui um fenômeno complexo demais para que o localizemos nos primeiros estágios da vida do bebê.

A Sra. Freud deixa claro que já estamos bem longe daquela desajeitada fase da teoria psicanalítica em que falávamos da vida do bebê como se esta tivesse início com as suas experiências instintivas orais. Atualmente encontramos-nos engajados no estudo do desenvolvimento inicial e do eu primitivo que, quando o desenvolvimento alcança um grau suficientemente elevado, é fortalecido pelas experiências do id em vez de prejudicado por elas.

A Sra. Freud afirma, ao discutir o termo 'análise', de Freud: 'O relacionamento com a mãe, embora seja o primeiro com um outro ser humano, não é o primeiro relacionamento do bebê com um ambiente. Precede-o uma fase anterior, na qual não o mundo objetivo mas as necessidades corporais, sua satisfação e frustração desempenham o papel principal.'

A meu ver, a introdução do termo 'necessidade' no lugar de 'desejo' foi muito importante do ponto de vista teórico, mas eu preferiria que a Sra. Freud não tivesse usado as palavras 'satisfação' e 'frustração' nesse ponto: a necessidade ou é resolvida ou não, e a consequência não é a mesma que a satisfação ou frustração de um impulso do id.

Caberia mencionar agora a afirmação de Greenacre (1954) sobre o que ela chama de 'aspecto acalentador' do prazer rítmico. Encontramos aqui um exemplo de necessidade que é ou não resolvida, e seria errado dizer que o bebê não minado reage como reagiria a uma frustração. Certamente não há verdadeira raiva, e sim alguma forma de distorção do desenvolvimento numa fase primitiva.

A preocupação materna

Seja como for, um estudo aprofundado da função materna nas fases mais primitivas parece-me extremamente necessário, e eu gostaria de reunir aqui as diversas pistas existentes a fim de formular uma proposta para o debate.

Minha tese é a de que na primeira de todas as fases estaríamos lidando com um estado muito especial da mãe, um estado psicológico que merece um nome, tal como *Preocupação Materna Primária*. No meu entender, não foi dada ainda a devida atenção em nossa literatura, e talvez em parte alguma, para uma condição psiquiátrica muito especial da mãe sobre a qual eu poderia dizer o seguinte:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Difícilmente as mães o recordam depois que o ultrapasaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida.

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, no mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. Costaria muito de encontrar um bom nome para essa condição, e propor que ele seja adotado como algo a ser levado em consideração toda vez que fosse feita referência à fase inicial da vida do bebê. Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Introduzo aqui a palavra 'doença' porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele.)

Deixe esta idéia implícita no termo 'devotada' na expressão 'a mãe devotada comum' (Winnicott, 1949). Muitas mulheres são com certeza boas mães em todos os outros aspectos, e levam uma vida rica e produtiva, mas não têm a capacidade de contrair essa 'doença normal' que lhes possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos. Ou conseguem fazê-lo com um filho e não com outro. Tais mu-

lheres não conseguem preocupar-se com o seu bebê a ponto de excluir quaisquer outros interesses, de maneira normal e temporária. É possível inclusive imaginar que com algumas dessas pessoas ocorre uma 'fuga para a sanidade'. Algumas delas têm certamente outras preocupações importantes, que não abandonam muito prontamente, ou talvez não consigam deixá-las de lado até terem o seu primeiro bebê. A mulher que se caracteriza por uma forte identificação masculina sentirá essa parte das funções maternas a mais difícil de realizar, e uma inveja do pênis reprimida deixa muito pouco espaço para a preocupação materna primária.

Na prática acontece que mulheres desse tipo, tendo produzido uma criança, mas tendo perdido o bonde no estágio mais inicial, defrontam-se com a tarefa de compensar o que ficou perdido. A sua frente estende-se um longo período durante o qual elas terão de adaptar-se às crescentes necessidades de seus filhos, e nada garante que elas conseguirão corrigir as distorções do início. Em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas são apanhadas pela necessidade de terapia apresentada pela criança, ou seja, por um período prolongado dedicado a adaptar-se à necessidade, ou seja, a mimar a criança. Em vez de serem mães, fazem terapia.

O mesmo fenômeno foi descrito por Kanner (1943), Loretta Bender (1947) e outros que tentaram descrever a mãe capaz de levar ao autismo infantil (Creak, 1951; Mahler, 1954).

É possível comparar aqui a tarefa da mãe que tenta compensar sua incapacidade no passado e a da sociedade que procura reconduzir uma criança de-privada do comportamento anti-social a um estado de identificação social. Esse trabalho da mãe (ou da sociedade) revela-se muitíssimo difícil, pois não é realizado de modo natural. A tarefa pertence na verdade a uma época anterior, neste caso à época em que o bebê mal começava a existir enquanto indivíduo.

Se esta tese sobre o estado especial da mãe normal e sua recuperação pa-recer aceitável, poderemos passar a examinar mais detidamente o estado correspondente do bebê.

O bebê apresenta:

Uma constituição.

Tendências inatas ao desenvolvimento ('áreas livres de conflito no ego').

Motilidade e sensibilidade.

Instintos, eles próprios engajados na tendência ao desenvolvimento, com mudança das zonas dominantes.

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de 'preocupação materna primária' fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comecem a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. A vida instintiva não precisa ser mencionada aqui porque o que estou descrevendo tem início antes do estabelecimento de padrões instintivos.

Tentei descrever tais idéias em minha própria linguagem, dizendo que se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações à intusão. (Naturalmente, são as reações às intusões que contam, não as intusões em si mesmas.) A falha materna provoca fases de reação à intusão e as reações interrompem o 'continuar a ser' do bebê. O excesso de reações não provoca frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*. A meu ver, esta é uma ansiedade muitíssimo primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra 'morte' em sua descrição.

Dito de outro modo, a base para o estabelecimento do ego é um suficiente 'continuar a ser' não interrompido por reações à intusão. Esse 'continuar a ser' será suficiente apenas no caso de a mãe encontrar-se nesse estado que (conforme sugeri) é muito real no período próximo ao fim da gravidez e durante as primeiras semanas após o nascimento do bebê.

Somente no caso de a mãe estar sensível do modo com descrevi poderá ela sentir-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades. A princípio trata-se de necessidades corporais, que gradualmente transformam-se em necessidades do ego à medida que da elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia.

Passa a existir então uma relacionabilidade do ego entre a mãe e o bebê, da qual a mãe se recupera e a partir da qual o bebê pode vir a construir em algum momento a idéia de uma pessoa presente na mãe. Desde este ângulo, o reconhecimento da mãe como uma pessoa surge de modo positivo, normalmente, em vez de derivar da experiência de que a mãe simboliza a frustração. A falha da mãe em adaptar-se na fase mais primitiva não leva a coisa alguma, salvo à aniquilação do eu do bebê.

O que a mãe faz bem não será jamais aprendido pelo bebê nesse estágio. Trata-se de um fato concordante com a minha tese. Suas falhas não são sentidas como falhas da mãe, e sim como ameaças à existência pessoal do eu.

Na linguagem destas considerações, a constituição inicial do ego é, portanto, silenciosa. A primeira organização do ego deriva da experiência de

ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais, repetidamente, o bebê se *recupera*. A partir dessas experiências, a confiança na recuperação começa a transformar-se em algo que leva ao ego e à capacidade do ego de suportar frustrações.

Espero ter ficado claro que a presente tese tem uma contribuição a fazer para a questão do reconhecimento da mãe, pelo bebê, como uma mãe frustante. Num momento posterior isto realmente acontece, mas não neste estágio tão primitivo. No início a mãe que falha não é percebida desta forma. De fato, o reconhecimento de uma dependência absoluta da mãe e de sua capacidade para a preocupação maternal primária, seja este ou não o nome que se lhe dê, é algo pertencente a uma *sofisticada extrema*, e a um estágio nem sempre alcançável mesmo por adultos. O fracasso generalizado em reconhecer a dependência absoluta no início contribui para o temor à MULHER no qual tomam parte tanto homens quanto mulheres (Winnicott, 1950, 1957a).

Podemos falar agora sobre o motivo pelo qual acreditamos que a mãe do bebê é a pessoa mais adequada para cuidar desse mesmo bebê: é ela a pessoa capaz de atingir esse estágio especial de preocupação maternal primária sem ficar doente. Já a mãe adotiva, ou qualquer outra mulher capaz de ficar doente no sentido da 'preocupação maternal primária', estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida da sua capacidade de identificar-se com o bebê.

Conforme a tese ora apresentada, o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a de frontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isto é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu, o qual, por sua vez, pode em algum momento vir até mesmo a sacrificar a espontaneidade, e até mesmo morrer.

Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficiente-mente bom, esse eu que pode dar-se ao fluxo de morrer nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e se não houver caos em excesso o sentimento final será o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações. Quando não há caos surge um eu falso que esconde o eu verdadeiro, que se submete às exigências, que reage aos estímulos e que se livra das experiências instintivas tendo-as, mas que esta apenas ganhando tempo.

Ver-se-á que, de acordo com esta tese, os fatores constitucionais terão mais probabilidade de manifestar-se na normalidade, quando o ambiente da primeira fase for adaptativo. Por contraste, tendo ocorrido uma falha nesse

primeiro estágio, o bebê será apanhado por mecanismos de defesa primitivos (falso eu etc.), que pertencem à ameaça de aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados (salvo quando se manifestam fisicamente).

É preciso deixar de lado aqui o problema da introjeção, pelo bebê, de padrões de doença da mãe, ainda que se trate de algo muitíssimo importante ao considerarmos o fator ambiental nos estágios seguintes, após o primeiro estágio de dependência absoluta.

Ao reconstruirmos o desenvolvimento inicial de um bebê, não há razão alguma para falarmos de instintos, exceto em termos de desenvolvimento do ego.

Aí existe um divisor de águas:

Madureza egóica — experiências instintivas fortalecem o ego.
Imaturidade egóica — experiências instintivas esvaziam o ego.

Aqui, 'ego' equivale a um somatório de experiências. O eu individual tem como início um somatório de experiências tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações; aniquilações resultantes das reações contra as intrusões do ambiente. Por esta razão, é necessário que o indivíduo tenha o seu início nesse ambiente especializado ao qual me referi com o título: "A Preocupação Maternal Primária".

primeiro estágio, o bebê será apanhado por mecanismos de defesa primitivos (falso eu etc.), que pertencem à ameaça de aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados (salvo quando se manifestam fisicamente).

É preciso deixar de lado aqui o problema da introjeção, pelo bebê, de padrões de doença da mãe, ainda que se trate de algo muitíssimo importante ao considerarmos o fator ambiental nos estágios seguintes, após o primeiro estágio de dependência absoluta.

Ao reconstruirmos o desenvolvimento inicial de um bebê, não há razão alguma para falarmos de instintos, exceto em termos de desenvolvimento do ego.

Al existe um divisor de águas:

Maturidade egóica — experiências instintivas fortalecem o ego.
Imaturidade egóica — experiências instintivas estragalam o ego.

Aqui, 'ego' equivale a um somatório de experiências. O eu individual tem como início um somatório de experiências tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações; aniquilações resultantes das reações contra as intrusões do ambiente. Por esta razão, é necessário que o indivíduo tenha o seu início nesse ambiente especializado ao qual me referi com o título: "A Preocupação Materna Primária".

ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais, repetidamente, o bebê se recupera. A partir dessas experiências, a confiança na recuperação começa a transformar-se em algo que leva ao ego e à capacidade do ego de suportar frustrações.

Espero ter ficado claro que a presente tese tem uma contribuição a fazer para a questão do reconhecimento da mãe, pelo bebê, como uma mãe frustante. Num momento posterior isto realmente acontece, mas não neste estágio tão primitivo. No início a mãe que falha não é percebida desta forma. De fato, o reconhecimento de uma dependência absoluta da mãe e de sua capacidade para a preocupação maternal primária, seja este ou não o nome que se lhe dê, é algo pertencente a uma *sofisticação extrema*, e a um estágio nem sempre alcançável mesmo por adultos. O fracasso generalizado em reconhecer a dependência absoluta no início contribui para o temor à MULHER no qual tomam parte tanto homens quanto mulheres (Winnicott, 1950, 1957a).

Podemos falar agora sobre o motivo pelo qual acreditamos que a mãe do bebê é a pessoa mais adequada para cuidar desse mesmo bebê: é ela a pessoa capaz de atingir esse estágio especial de preocupação materna primária sem ficar doente. Já a mãe adotiva, ou qualquer outra mulher capaz de ficar doente no sentido da 'preocupação materna primária', estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida da sua capacidade de identificar-se com o bebê.

Conforme a tese ora apresentada, o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a de-frontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isto é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu, o qual, por sua vez, pode em algum momento vir até mesmo a sacrificar a espontaneidade, e até mesmo morrer.

Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficiente-mente bom, esse eu que pode dar-se ao luxo de morrer nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e se não houver caos em excesso o sentimento final será o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações. Quando não há caos surge um eu falso que esconde o eu verdadeiro, que se submete às exigências, que reage aos estímulos e que se livra das experiências instintivas tendo-as, mas que está apenas ganhando tempo.

Ver-se-á que, de acordo com esta tese, os fatores constitucionais terão mais probabilidade de manifestar-se na normalidade, quando o ambiente da primeira fase for adaptativo. Por contraste, tendo ocorrido uma falha nesse

A Tendência Anti-Social (1956)

A TENDÊNCIA ANTI-SOCIAL apresenta a psicanálise com alguns problemas embarraçados, de natureza tanto prática quanto teórica. Freud, em sua Introdução à obra de Eichhorn, *Wayward Youth*, mostrou que a psicanálise não só contribui para o entendimento da delinquência como também se beneficia da compreensão advinda do trabalho realizado pelos que lidam com os delinquentes.

Escolhi como tema a tendência anti-social, não a delinquência. O motivo diz respeito ao fato de que a defesa anti-social organizada esta sobrecarregada por ganhos secundários e reações sociais que tornam difícil para o investigador alcançar o seu ângulo. Já a tendência anti-social, ao contrário, pode ser estudada conforme aparece em crianças normais ou quase normais, relacionando-se a dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional. Gostaria de começar fazendo duas referências simples a material clínico:

Para a minha primeira análise de criança escolhi um delinquente. O menino compareceu regularmente à análise durante um ano, mas o tratamento foi interrompido devido à perturbação provocada por ele na clínica. Eu poderia dizer que a análise ia bem, e seu término desagradou tanto ao menino quanto a mim, apesar de que em diversas ocasiões eu ter recebido fortes mordidas no traseiro. O menino subiu no telhado e derramou tanta água que por fim acabou inundado. Arrombou o meu carro e saiu andando com ele em primeira, usando o motor de arranque. A clínica determinou que o tratamento fosse interrompido para não prejudicar os demais pacientes. Ele foi enviado a um reformatório.

Posso dizer que atualmente ele está com 35 anos, ganha a vida num emprego que lhe permite usar a sua agitação, está casado e tem vários filhos. No entanto, tenho medo de continuar acompanhando este caso pelo receio de ver-me novamente envolvido com um psicopata, e prefiro que a sociedade continue a carregar o peso de cuidar dele.

É possível dizer com bastante facilidade que o tratamento desse menino não deveria ter sido a psicanálise, mas algum tipo de internação. A psicanálise só fez sentido quando acrescentada à internação. Desde essa época tenho visto analistas de todos os tipos fracassarem na análise de crianças antisociais.

Já a história seguinte mostra como a tendência anti-social pode às vezes ser tratada muito facilmente, se o tratamento está acoplado a um cuidado ambiental especializado.

Fui solicitado por uma amiga a discutir o caso de seu filho, o mais velho

entre quatro. Não lhe era possível trazer John ao meu consultório abertamente, porque seu marido tinha objeções à psicologia por motivos religiosos. Tudo o que podia fazer era conversar comigo sobre a compulsão do menino a roubar, que estava se transformando em algo bastante sério. Ele estava roubando muito, tanto em lojas quanto em casa. Por motivos práticos, não foi possível fazer nada mais que nos encontramos para uma refeição rápida num restaurante, durante a qual ela me contou o que estava ocorrendo e pediu meu conselho. Eu nada poderia fazer, a não ser que o fizesse ali e então. Expliquei-lhe, portanto, o significado da compulsão a roubar e sugeri a ela que procurasse um momento adequado no seu relacionamento com o menino, para fazer-lhe uma interpretação. De fato havia um momento de bom relacionamento entre ela e o filho, quando este deixava-se à noite para dormir. Geralmente nesses momentos eles conversavam sobre tudo que vinha à cabeça, e essa seria uma ótima ocasião.

Eu disse a ela: 'Por que você não lhe diz que sabe que, quando ele rouba, não são realmente aquelas coisas que ele quer, e sim alguma outra coisa a qual ele acha que tem direito? Que é como se ele estivesse fazendo uma reclamação a seu pai e sua mãe, por sentir a falta do seu amor?' Eu lhe sugeri que usasse uma linguagem que o menino compreendesse. Posso dizer que eu conhecia suficientemente essa família, em que o pai e a mãe eram músicos, para saber de que modo o menino havia se tornado até certo ponto uma criança carente apesar de ter um bom lar.

Algum tempo depois recebi uma carta contando-me que ela havia feito o que sugeri. Dizia ela: 'Eu lhe disse que o que ele realmente queria, quando roubava dinheiro e outras coisas, era a sua mãe. É devo dizer que na verdade eu não esperava que ele compreendesse, mas ele pareceu compreender. Eu lhe perguntei se ele achava que nós não o amávamos por ele ser as ve-

zes tão difícil, e ele disse imediatamente que na sua opinião nós não o amávamos muito. Contadinho. Eu me senti tão mal, nem sei o que dizer. Então eu lhe disse que ele nunca, nunca deveria duvidar disso de novo, e se em algum momento ele tivesse alguma dúvida era só me lembrar que eu lhe diria de novo. Mas com certeza não será preciso me lembrar por um bom tempo, pois foi um choque tão grande! Parece até que esses choques são necessários. De modo que tenho feito muito mais demonstrações, a fim de evitar que ele venha a duvidar outra vez. E até este momento não houve mais nem um único roubo.

A mãe conversou com a professora e explicou-lhe que John precisava de amor e aprovação, ganhando a sua cooperação apesar de o garoto dar um bocado de trabalho na escola.

Agora, oito meses depois, é possível relatar que não ocorreram mais roubos e que o relacionamento entre o menino e sua família melhorou muitíssimo.

Ao considerar este caso, é preciso lembrar que eu conheci a mãe muito bem na sua adolescência, ajudando-a até certo ponto durante uma fase anti-social dela própria. Ela havia sido a filha mais velha numa grande família. Tive um ótimo lar, mas o pai exerceu uma disciplina muito forte, especialmente quando ela era muito pequena. O que fiz, portanto, teve o efeito de uma terapia dupla, ajudando essa jovem mulher a perceber melhor as suas próprias dificuldades através do auxílio que ela conseguiu dar a seu filho. Quando ajudamos pais a ajudarem seus filhos, na verdade os estamos ajudando também em relação a si mesmos.

(Em outro trabalho proponho-me a fornecer exemplos clínicos ilustrando os modos de lidar com crianças que apresentavam tendência anti-social. Aqui não pretendo mais que tentar uma rápida formulação das bases de minha atitude pessoal em relação ao problema clínico.)

Natureza da tendência anti-social

A tendência anti-social não é um diagnóstico. Não se pode compará-la diretamente com outros tipos de diagnóstico, tais como neurose ou psicose. Pode ser encontrada tanto em indivíduos normais quanto em neuróticos ou psicóticos. Para simplificar a discussão irei referir-me apenas a crianças, mas a tendência anti-social é encontrada em todas as idades. As várias expressões usadas na Grã-Bretanha podem ser interligadas da maneira apresentada a seguir:

Uma criança torna-se *de-privada* quando é destituída de algum aspecto essencial de sua vida em família. Algum grau do que poderíamos chamar de 'complexo de de-privação' começa a se manifestar. O *comportamento anti-social* aparece em casa ou num contexto mais amplo. Devido à *tendência anti-social* a criança pode vir a ser considerada *desajustada*, recebendo tratamento numa *instituição para crianças desajustadas*, ou pode ser levada ao tribunal por estar *fora de controle*. A criança, agora *delinquente*, pode ficar em *liberdade condicional* sob ordens judiciais, ou ser enviada a uma *escola correccional*. Caso o lar deixe de funcionar em algum aspecto importante, a criança pode ser colocada sob a jurisdição do *Children's Committee* (conforme o *Children Act* de 1948), recebendo '*custódia e proteção*'. Se possível, um lar adotivo será encontrado. Na falha de todas essas medidas, o jovem adulto será considerado um *psicopata* e pode ser enviado pelos tribunais para um *reformatório* ou para a prisão. Caso exista uma tendência cons-tante a repetir os crimes, usamos o termo *reincidência*.

Nada disso, porém, faz referência a qualquer diagnóstico psiquiátrico individual.

A tendência anti-social caracteriza-se por um *elemento que compõe o ambiente a tornar-se importante*. O paciente, devido a impulsos inconscientes, obriga alguém a encarregar-se de cuidar dele. A tarefa do terapeuta é a de envolver-se com esse impulso inconsciente do paciente, e o trabalho é realizado em termos de manejo, tolerância e compreensão.

A *tendência anti-social implica em esperança*. A falta de esperança é a característica central da criança *de-privada* que, obviamente, não é anti-social o tempo todo. Nos momentos de esperança a criança manifesta a tendência anti-social. Isto pode ser desconfortável para a sociedade, e também para você caso a bicicleta roubada seja a sua, mas aqueles que não estão pessoalmente envolvidos podem ver a esperança subjacente à compulsão de roubar. Quem sabe uma das razões pelas quais preferimos deixar a terapia de delinquentes para outros seja o fato de que não gostamos de ser roubados...

A compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital para o tratamento de crianças que apresentam essa tendência. Vezes sem conta assistimos a momentos de esperança serem desperdiçados ou minimizados por um manejo equivocado ou por intolância. Este é um outro modo de dizer que o tratamento da tendência anti-social não é a psicanálise mas o manejo, o ir ao encontro do momento de esperança e corresponder-lhe.

Existe uma relação direta entre a tendência anti-social e a *de-privação*. Há muito tempo os especialistas já o sabem, mas é principalmente graças a John Bowlby que atualmente esse relacionamento é reconhecido de um modo geral, a saber, entre a tendência anti-social e a *de-privação* emocional, tipicamente no período entre o final da primeira infância e a época em que a criança passa a andar, aproximadamente entre um e dois anos de idade.

Quando ocorre a tendência anti-social, *aconteceu uma de-privação propriamente dita* (não uma simples privação), ou seja, deu-se a perda de algo bom, de caráter positivo na experiência da criança até um certo momento, no qual esse elemento positivo foi retirado. A retirada estendeu-se por um período maior que aquele durante o qual a criança seria capaz de manter viva a memória da experiência. A definição abrangente da *de-privação* inclui tanto a situação tardia quanto a anterior, tanto o trauma específico quanto a situação traumática que se prolonga no tempo, e também simultaneamente a condição quase normal e a claramente anormal.

Nota

Numa definição em minha própria linguagem da posição depressiva de M. Klein (Cap. XXI), tentei deixar clara a íntima vinculação existente entre o conceito de Klein e a ênfase dada por Bowlby à *de-privação*. Os três estágios descritos por Bowlby da reação clínica da criança de dois anos que vai para o hospital podem receber uma formulação teórica em termos da perda gradual da esperança, devida à morte do objeto interno ou da versão introjetada do objeto externo perdido. O que pode ser discutido mais profundamente é a relativa importância da morte do objeto interno por meio da raiva, e do contato dos 'objetos bons' com os produtos do ódio dentro da psique, e também a questão da maturidade ou imaturidade do ego na medida em que estas afetam a capacidade de manter viva uma dada memória.

Bowlby necessita das intrincadas formulações de Klein, construídas em torno do entendimento da melancolia, entendimento esse que por sua vez deriva de Freud e Abraham. Mas também é verdade que a psicanálise necessita da ênfase dada por Bowlby à *de-privação*, caso queira entender-se algum dia com esse tema especial que é a tendência anti-social.

Esta ideia está aparentemente implícita em *Maternal Care and Mental Health*, de Bowlby, a p. 47, onde ele compara suas observações com as de outros e sugere que as diferentes consequências seriam explicadas pela idade da criança à época da *de-privação*.

Há sempre duas vertentes da tendência anti-social, embora a ênfase recaia por vezes mais sobre uma que sobre a outra. Uma das vertentes é repre-

sentada tipicamente pelo roubo, e a outra é a da destrutividade. *Em uma das vertentes*, a criança procura algo em algum lugar e, fracassando em seu intento, procura-o em outro lugar, quando tem esperança. Na *outra*, a criança busca a quantidade de estabilidade ambiental necessária para suportar o embate do comportamento impulsivo. Trata-se da busca por uma provisão ambiental perdida, uma atitude humana que, por ser confiável, proporciona ao indivíduo a liberdade de mover-se e agir e excitar-se.

É principalmente na direção da segunda vertente que a criança provoca as reações totais do ambiente, como se buscasse uma moldura cada vez mais ampla, um círculo que teria como seu primeiro exemplo os braços ou o corpo da mãe. É possível perceber aqui uma série — o corpo da mãe, seus braços, o relacionamento dos pais, o lar, a família, incluindo primos e parentes próximos, a escola, o bairro com sua delegacia, o país e suas leis.

Ao examinarmos o indivíduo quase normal (em termos do seu desenvolvimento emocional) e as raízes primitivas da tendência anti-social, gostaríamos de dizer que tivemos em mente de modo ininterrupto essas duas vertentes: a busca do objeto e a destruição.

O roubo¹

O roubo localiza-se no centro da tendência anti-social, com seu correlato, o mentir. A criança que rouba um objeto não está em busca do *objeto roubado*, mas da *mãe sobre a qual ela tem direitos*. Esses direitos derivam do fato de que (do ponto de vista da criança) a mãe foi criada por ela. A mãe correspondeu à criatividade da criança, tornando-se assim o objeto que a criança estava pronta para encontrar. (A criança não poderia ter criado a mãe, mas o significado da mãe para ela depende da sua criatividade.)

É possível reunir numa só as duas vertentes, o roubar e o destruir, a busca do objeto e aquilo que esta provoca, a compulsão tanto libidinal quanto agressiva? A meu ver, a união das duas vertentes está na criança, e representam uma *tendência em direção à autocura*, a cura da des-fusão dos instintos.

Quando já existe, a época da *de-privação* original, algum grau de fusão da raiz agressiva (ou motilidade) com a raiz libidinal, a criança reinvindicará a mãe através de uma mistura de roubos e agressões e desordens, de acordo com o aspecto específico do seu desenvolvimento emocional. Quando o

¹ Obviamente o termo técnico correto seria 'furtos' e não 'roubo'. Aqui pesou mais a linguagem popular. N.T.

grau de fusão é menor, a busca pelo objeto e a agressão estão mais separadas, e haverá um grau maior de dissociação na criança. Isto leva à proposição de que o grau da perturbação causada pela criança anti-social é um aspecto essencial, sendo ao mesmo tempo, na melhor das hipóteses, um aspecto favorável, indicando uma potencialidade de recuperação da perdida fusão entre os impulsos libidinal e motor.

Ao cuidar normalmente de crianças, a mãe lida constantemente com o grau de perturbação de seu bebê. Por exemplo, é comum o bebê vertir água no colo da mãe enquanto mama. Mais tarde isto pode surgir como uma regressão momentânea durante o sono ou ao acordar, resultando numa cama molhada. Todo e qualquer exagero no grau de perturbação provocada pelo bebê pode indicar a existência de um certo grau de *de-privação* e de tendência anti-social.

A manifestação da tendência anti-social inclui o roubo e a mentira, a incontinência e a desordem generalizada. Ainda que cada sintoma tenha o seu significado específico e o seu valor, o denominador comum, de acordo com a minha intenção de descrever a tendência anti-social, é o caráter perturbador do sintoma. Uma grande parte da motivação é inconsciente, mas não necessariamente toda ela.

Os primeiros sinais da tendência anti-social

Os primeiros sinais de *de-privação* são tão comuns, que muitas vezes passam por algo normal. Por exemplo, o comportamento tirânico, que muitos pais enfrentam com um misto de reação e submissão. Não se trata, neste caso, de onipotência infantil, pois esta é uma questão de realidade psíquica, não de comportamento.

Um sintoma anti-social muito comum é a sofreguidão, juntamente com o seu correlato, a inibição do apetite. Ao estudarmos a sofreguidão, encontramos o complexo de *de-privação*. Dito de outro modo, se a criança é sobregreja (comiliona) haverá algum grau de *de-privação* e uma certa compulsão para buscar uma terapia para essa *de-privação* através do ambiente. O fato de que a mãe dispõe-se ela própria a satisfazer a sofreguidão da criança leva ao sucesso dessa terapia na grande maioria dos casos em que essa compulsão é observada. A sofreguidão numa criança não é o mesmo que voracidade. O termo voracidade é utilizado nas formulações teóricas sobre as tendências revidicações instintivas feitas à mãe pela criança no início, isto é, na época

em que a mesma está apenas começando a admitir a existência separada da mãe, na aceitação inicial do princípio de realidade.

Entre parentes, diz-se vez por outra que a mãe deve falhar em sua capacidade de adaptar-se às necessidades da criança. Não é esta uma ideia errônea, baseada na consideração pelas necessidades do id e no desprezo pelas necessidades do ego? A mãe deve falhar em satisfazer as exigências instintivas, mas pode ser perfeitamente bem-sucedida em jamais deixar que o bebê se sinta desamparado, *providendo as suas necessidades egóticas* até o momento em que ele já possua introjetada uma mãe que apóia o ego, e tenha idade suficiente para manter essa introjeção apesar das falhas do ambiente a esse respeito.

O amor primitivo¹ não é a mesma coisa que a sofreguidão impiedosa (*ruthless*). No processo de desenvolvimento do bebê o impulso do amor primitivo e a sofreguidão vêm-se separados pela adaptação materna. A mãe falha necessariamente quanto a manter um alto grau de adaptação às necessidades do id, e por esta razão todo bebê é *de-privado* em certa medida, mas lhe é possível fazer com que a mãe cure esse estado de *subde-privação* ao responder adaptativamente à sua sofreguidão e à confusão por ela criada etc., sendo estas últimas sintomas de *de-privação*. A sofreguidão faz parte da compulsão do bebê em buscar a cura pelas mãos da mãe que provocou a *deprivação*. Esta sofreguidão é anti-social. É a precursora da compulsão a roubar, e pode ser enfrentada e curada pela adaptação terapêutica da mãe, tão facilmente pode confundida com minar a criança. Não se deve esquecer, porém, que o que quer que a mãe faça não anula o fato de que foi a mãe que em primeiro lugar falhou em sua adaptação às necessidades egóticas da criança. Geralmente as mães conseguem responder às exigências compulsivas do bebê, realizando assim uma *terapia* bem-sucedida do complexo de *de-privação*, o qual se encontra próximo de seu ponto de origem. A mãe se encontra próxima à cura, pois permite que o ódio do bebê se expresse enquanto ela, a terapeuta, é de fato a mãe *de-privadora*.

É possível notar que, enquanto o bebê nada deve à mãe por ela responder ao impulso do amor primitivo, há um certo sentimento de dívida com relação à terapia que ela realiza, ou seja, à sua disposição de corresponder às exigências surgidas a partir da frustração, exigências que começam a ter um caráter perturbador. A terapia realizada pela mãe pode curar, mas não é amor materno.

1 Expressão frequente em Winnicott, indicando o período anterior ao reconhecimento. N.T.

Este modo de perceber a indulgência da mãe para com o seu bebê impli-

ca numa descrição mais complexa da maternidade do que a aceita em geral. O amor materno é muitas vezes pensado em termos dessa indulgência, que na realidade constitui uma *terapia relativa à falha do amor materno*. É realmente uma terapia, uma segunda chance dada às mães, de quem não se pode exigir que sejam sempre bem-sucedidas em sua delicada tarefa de adaptar-se ao amor primitivo. Se a mãe realiza essa terapia como uma formação reativa derivada de seus próprios complexos, então o que ela faz é chamado de 'mimar' ('estragar'). Na medida em que ela age desse modo por perceber que as exigências da criança precisam ser correspondidas, e que a sofreguidão compulsiva deve ser tratada com indulgência, tratar-se-á de terapia, que frequentemente é bem-sucedida. Não apenas a mãe, mas também o pai é possivelmente a família inteira poderão engajar-se no processo.

Clinicamente, o limite entre o sucesso e o fracasso da terapia realizada pela mãe é muito obscuro. Muitas vezes vemos a mãe mimar o bebê, mas essa terapia não terá êxito porque a *de-privação* inicial foi severa demais para ser corrigida por 'primeiros socorros'.

Assim como a sofreguidão pode ser a manifestação de uma reação à *de-privação* e de uma tendência anti-social, pode ser também a compulsão a desartumar, molhar a cama e destruir. Todos esses comportamentos são estreitamente correlacionados. No hábito de molhar a cama, uma queixa tão frequente, a ênfase recai sobre a regressão durante um sonho, ou sobre a compulsão anti-social de reivindicar o direito de urinar sobre o corpo da mãe.

Num exame mais completo do ato de roubar, eu deveria fazer uma referência à compulsão de sair e comprar algo, manifestação comum da tendência anti-social encontrada em nossos pacientes. É possível realizar uma longa e interessante análise de um paciente sem afetar esse tipo de sintoma, que pertence não às suas defesas neuróticas ou psicóticas, mas a uma tendência anti-social, aquela que constitui uma reação à *de-privação* de um tipo específico ocorrida num momento específico. Desta ideia é possível deduzir que os presentes de aniversário e o dinheiro para pequenos gastos absorvem uma parte da tendência anti-social que iremos encontrar normalmente. Na mesma categoria que o 'ir às compras' encontramos, clinicamente, o 'sair por aí' sem destino, a *vadiagem*, uma tendência centrífuga que substitui o gesto centrípeto implícito no roubo.

A perda original

Desejo enfatizar um ponto muito especial. Na base da tendência anti-social existe uma experiência inicial boa que foi perdida. Com toda a certeza, um dos aspectos essenciais é o de que o bebê tenha alcançado a capacidade de perceber que a causa do desastre foi devida a uma falha do ambiente. A compreensão correta de que a causa da depressão ou da desintegração é externa, e não interna, provoca a distorção da personalidade e o impulso de buscar a cura numa nova provisão ambiental. O grau de maturidade do ego que permite uma percepção desse tipo determina o desenvolvimento de uma tendência anti-social em vez de uma doença psicótica. Um grande número de compulsões anti-sociais surge e é tratado com êxito nos primeiros estágios pelos pais. As crianças anti-sociais, porém, estão constantemente reivindicando essa cura pela provisão ambiental (inconscientemente, ou por motivos inconscientes), mas não conseguem beneficiar-se dela. Aparentemente, o momento para a ocorrência da *de-privação* original é durante o período em que o ego do bebê ou da criança pequena encontra-se em processo de alcançar a fusão das raízes libidinal e agressiva (motilidade) do id. Num momento de esperança, a criança:

Percebe um novo contexto que apresenta certos aspectos confiáveis.

Experimenta um impulso que poderia ser chamado de 'busca do objeto'. Reconhece o fato de que a ausência de companhia está à beira de transfor-

mar-se numa característica, e então,

Agita o ambiente à sua volta na intenção de alertá-lo para o perigo e fazê-lo organizar-se para tolerar a perturbação.

Se a situação continua firme, o ambiente terá de ser testado e retestado quanto à sua capacidade de suportar a agressão, de prevenir ou reparar a destruição, de reconhecer o elemento positivo da tendência anti-social, e de prover e preservar o objeto que deve ser buscado e encontrado.

Num caso favorável, quando não há um excesso de loucura, compulsão inconsciente ou organização paranoide etc., as condições favoráveis podem permitir, no decorrer do tempo, que a criança encontre uma pessoa e passe a amá-la, em vez de continuar a busca por meio de exigências sobre objetos substitutos que perderam seu valor simbólico.

No estágio seguinte a criança precisa tornar-se capaz de sentir desespero dentro de um relacionamento, e não mais apenas esperança. Depois disto haverá a possibilidade real de uma vida para essa criança. Quando os encarregados e funcionários de uma instituição conduzem uma criança ao longo

de todo o processo, o que eles fizeram foi uma terapia que pode ser seguramente comparada ao trabalho analítico.

Muitas vezes os pais realizam esse trabalho completo com um de seus próprios filhos. No entanto, muitos pais perfeitamente capazes de criar filhos normais não conseguem ser bem-sucedidos com algum de seus filhos que venha a manifestar uma tendência anti-social.

Deliberadamente omiti, no presente trabalho, referências à vinculação da tendência anti-social com:

Atuação.
Masturbação.
Superego patológico e culpa inconsciente.
Estágios do desenvolvimento libidinal.
Compulsão à repetição.
Regressão à ausência de compaixão.
Defesa paranoide.
Ligações entre o sexo e a sintomatologia.

Tratamento

Resumidamente, o tratamento da tendência anti-social não é a psicanalise. É o fornecimento de um ambiente que cuida, o qual poderá ser redescoberto pela criança, no qual ela pode vir a experimentar novamente os impulsos do id, e que pode ser por ela testado. É a estabilidade do novo ambiente que realiza a terapia. Para virem a fazer sentido, os impulsos do id devem ser experimentados no contexto de uma relacionabilidade do ego,¹ e quando o paciente é uma criança *de-privada* a relacionabilidade do ego deve receber apoio do terapeuta que se relaciona com ela. De acordo com a teoria apresentada neste trabalho, é o ambiente que deve fornecer a nova chance para a relacionabilidade do ego, pois a criança percebeu que foi uma falha ambiental relativa ao apoio egótico que provocou ou originamente a tendência anti-social. Se a criança está em análise, o analista deverá permitir que o peso da transferência desenvolva-se fora da análise, ou então aceitar que a tendência anti-social recaia com toda a força sobre o contexto analítico, estando preparado para suportar o impacto.

1 Ver o artigo "A Capacidade de Estar Só", de Winnicott. (Nota da tradutora para o francês.)

Capítulo XXVI

Pediatric and Neurosis of Infancy¹ (1956)

A PALAVRA 'neurose' tem dois sentidos. No discurso popular ela abarca todo o tema da doença psicológica. É difícil para mim saber se o que esperam de mim é que fale sobre a neurose em geral, ou se os que planejaram este programa desejavam uma breve declaração sobre a neurose no sentido mais estrito e restrito que a psiquiatria atribui ao termo.

Para o psiquiatra, a neurose refere-se especificamente às dificuldades inerentes à vida pessoal, e não ao conjunto de problemas devidos a uma criação inadequada. Além disso, o termo neurose não abarca a psicose ou a psicose latente, nem os distúrbios do humor, a tendência paranoide ou a tendência anti-social.

A neurose propriamente dita denota um *conflito inconsciente*. Refere-se à vida *instintiva* da criança. Seu ponto de partida principal é a fase em que esta aprende a andar, antes da idade geralmente aceita para o início da educação escolar. Nesse estágio, o contexto familiar possui um valor máximo.

Evidentemente, a existência de uma neurose verdadeira implica num crescimento emocional saudável nos estágios anteriores da primeira infância, onde a criança depende quase inteiramente da mãe, e onde as falhas nos cuidados a ela dispensados causam doenças psiquiátricas mais graves que a neurose.

A doença neurotica tem sua origem na intensa *ansiedade* resultante dos impulsos instintivos da criança. Por ansiedade refiro-me ao tipo de afeto que emerge através dos pesadelos. Esses impulsos instintivos possuem uma base biológica.

1 Trabalho apresentado no Último Congresso Internacional de Pediatria, a convite dos organizadores, em 25 de julho de 1956, em Copenhague, Dinamarca.

A fantasia é a elaboração imaginativa das funções físicas. No brincar e nas fantasias conscientes e inconscientes da criança pequena, encontramos tudo aquilo que pode ser encontrado na vida dos adultos, salvo a capacidade completa para as experiências de caráter genital. A chegada desta última capacidade confronta a criança com novos problemas na fase da puberdade. Na raiz da neurose está a ansiedade, especialmente aquela surgida a partir de violentos conflitos na fantasia inconsciente e na realidade interna pessoal da criança.

Quando na análise de *adultos* alcançamos essa raiz da neurose, vemos que a mesma encontra-se nesse período da *infância* do adulto em análise. Enquanto pediatras, portanto, poderemos observar (se o tentarmos) não apenas a neurose infantil, mas também (e talvez mais ainda) a tendência latente que pode tornar-se manifesta como uma neurose em algum momento da vida adulta. (Isto é ainda mais verdadeiro se considerarmos a psicose. A prevenção da doença mental hospitalizável está nas mãos dos pediatras. É seguro afirmar, porém, que comumente os pediatras não o sabem, e que isto torna a sua vida um pouco mais fácil.)

Conflitos inconscientes de amor e ódio, de tendências homossexuais e heterossexuais, e assim por diante, levam à organização de *padrões de defesa*, e são estes padrões de defesa que constituem a *neurose organizada*.

O pediatra, se o desejasse, e se possuísse a capacitação técnica para entrar em contato com os processos inconscientes, poderia testemunhar a batalha enquanto ela progride ao longo da época em que a criança aprende a andar, depois da fase de bebê de colo e antes do período de latência. Poderia testemunhar a luta que se desenvolve em busca de *liberdade para os instintos* contra os medos internos que paralisam. Tais medos são tão intensos, que o rigor externo pode revelar-se um alívio.

No período de latência a criança passa por um alívio temporário da pesada tarefa de transformar e desenvolver os processos instintivos, mas na verdade, em razão dos novos impulsos biológicos, a batalha recomeça. O padrão de defesas já está organizado. É quase desnecessário dizer que um ambiente estável e pessoal ajuda, e que um ambiente neurótico ou não confiável estorva num momento em que a criança se vê às voltas com tensões e pressões de nível tão elevado, tensões e pressões inerentes à própria vida.

A saúde não é, a essa altura, mera ausência de sintomatologia. A normalidade deve ser definida a partir de uma base bem mais ampla, que leve em conta os conflitos essenciais, inconscientes no mais das vezes, que pertencem

com à saúde e que significam simplesmente que a criança está viva e cheia de

Considero importante deixar claro o *grau de complexidade* da neurose, em vez de tentar resumir a questão num comprimido que possa ser ingerido sem nada cobrir do sistema digestivo. Muitos estudos foram feitos até agora sobre o desenvolvimento emocional da criança humana, e muita coisa já é admitida de um modo geral.

Sendo a neurose um padrão organizado de defesa, devo proceder à enumeração das defesas mais importantes.

As defesas principais contra a ansiedade intolerável provocada pelos conflitos inconscientes vinculados à vida instintiva são de vários tipos. Em primeiro lugar, o próprio instinto é inibido e torna-se inaceitável para o eu total, ou passa a ser aceito somente em condições que tornam a sua satisfação perigosa.

Segundo, a culpa suscitada pelo conflito entre amor e ódio é atenuada através de rituais obsessivos, uma espécie de religião com um deus morto. Terceiro, alguns dos conflitos emocionais transformam-se em conflitos entre funções físicas, como cólicas ou paralisias histericas.

Quarto, através de fobias organizadas a criança passa a evitar situações que estimulam a ansiedade, ou objetos que simbolizam as coisas que provocam medo.

Em certos momentos a ansiedade irrompe, e nesses momentos é preciso que um dos pais ou a babá estejam por perto para socorrer.

Por outro lado, a criança sente um certo alívio pela possibilidade de regressar, ou seja, por poder retornar a um padrão instintivo da primeira infância, onde a ingestão e a excreção eram as funções principais, e onde a mãe correspondia adequadamente à dependência do bebê. Ou então ocorre uma regressão em forma de crise, sem relação alguma com a expectativa de que a dependência seja atendida.

Em outras palavras, as ansiedades principais na *neurose* (em contraste com a psicose e com a psicose latente) pertencem a movimentos para adiante, em direção à genitalidade, e para longe dos instintos ligados à alimentação.

Esse movimento para adiante gera ansiedade quanto ao genital em si mesmo, e surgem diferenças essenciais nas fantasias, temores e defesas, conforme o sexo da criança.

Quando pensamos sobre doença e saúde em termos de neurose ou ausência de neurose, partimos do princípio de que a criança alcançou um grau de desenvolvimento no qual faz sentido falarmos de *relacionamentos interpes-*

soais. Crianças inteiras relacionam-se com pessoas inteiras. Não se pode dizer o mesmo sobre bebês num estágio de desenvolvimento anterior, pois o relacionamento nessa etapa realiza-se com objetos parciais, e a própria criança talvez não tenha ainda alcançado o *status* de unidade.

Na raiz da neurose propriamente dita encontra-se a situação triangular, um relacionamento entre três pessoas, tal como ele surge pela primeira vez na vida da criança. Meninos e meninas desenvolvem-se de modos diferentes nesse estágio, mas sempre existem os dois triângulos, aquele baseado na posição heterossexual e aquele baseado na posição homossexual, e disto se deduz facilmente quanto espaço há aqui para a complexidade.

De todas essas possibilidades Freud elegeu como objeto de seu estudo o complexo de Édipo, e por este termo passamos a indicar o nosso reconhecimento da totalidade do problema, derivado da aquisição, pela criança, da capacidade de relacionar-se enquanto ser humano com dois outros seres humanos, a mãe e o pai a um só tempo.

É justamente nesse momento que surgem as ansiedades mais intensas, pois é precisamente agora que os instintos estão em seu nível máximo de expressão, e nos sonhos da criança, acompanhados por excitação corporal, tudo isto está em jogo. A neurose propriamente dita não é necessariamente uma doença, e deveríamos pensar nela em primeiro lugar como um tributo ao fato de que a vida é difícil. Diagnosticamos neurose e anormalidade somente quando o grau de perturbação está incapacitando a criança, incomodando os pais ou sendo inconveniente para a família.

Na prevenção da neurose tentamos dar o que é necessário nos estágios iniciais da primeira infância, onde há muita dependência, e onde a mãe dita as bases da saúde mental da criança através do que ela faz a partir da sua devogação.

No *tratamento* temos diversos métodos e a nossa disposição:

1. Algumas vezes conseguimos modificar o ambiente imediato, proporcionando aos pais uma compreensão tal, que eles passam a realizar o que antes não podiam. Isto, porém, não leva à imediata cessação dos sintomas. Na verdade, a melhoria do ambiente emocional pode levar a um aumento nos sintomas, porque a criança precisa de espaço para ahar amostras de suas fantasias, e para descobrir o eu através do brincar.
2. Um grande alívio é alcançado por mudanças corrigidas: a criança pode ser enviada para fora nas férias, ou para uma escola mais adequada, ou melhorando-se as condições de trabalho da mãe sobrecarregada, mobilizando um tio ou tia arredios, comprando um cachorro etc. etc. Mas não é necessário discutir muito este ponto. Basta enfatizar a tremenda complexidade de cada

3. Existe ainda toda a questão de ajudar pessoalmente a criança. Posso apenas chamar a atenção para o fato de que a *intuição* não é suficiente para a prática da psicologia.

Quando um pediatra me pergunta o que fazer, eu sinto necessidade de aconselhá-lo a fazer a formação psicanalítica, e em seguida modificar o que aprendeu para poder dar conta do caso concreto.

É possível mesmo para os que não se tornaram analistas fazer um trabalho pessoal. Mas isto é verdade somente no caso de o médico, por temperamento, ser capaz de manter uma atitude não moralista e ser confiável nos aspectos mais importantes, e especialmente se não houver nele uma necessidade emocional intensa que iria gradualmente sobrepor-se à da criança. Terho colegas pediatras que fazem psicoterapia e pretendem fazer ainda mais, e o fazem bem. No entanto é meu dever afirmar neste ponto, em minha tentativa de falar de modo simples e categórico, que a psicoterapia pessoal para crianças e adultos deveria ser realizada por aqueles que se submeteram à formação analítica. É isto que devemos aconselhar aos nossos colegas mais jovens, e é para aqueles que obtiverem essa dupla qualificação que a bola será passada na próxima década.

É melhor que o pediatra trabalhe em equipe com analistas formados (mesmo não-médicos) do que tentar ele próprio fazer psicoterapia, tarefa para a qual não está qualificado.

Prefero ver a psicanálise paralisada por cinquenta anos a assistir a uma rápida expansão da psicoterapia nas mãos dos que não estudaram as vastas complexidades do assunto, nem a natureza humana que ali deve ser tratada. Mas tudo isto é de conhecimento geral. Esta nos livros. Já há muito faz parte da formação de assistentes sociais psiquiátricos, e de todos os assistentes sociais que fazem atendimento de casos.

Por alguma razão a pediatria avançou muito em uma direção, mas ficou para trás em outra.

Nesses trinta anos houve um espantoso avanço na teoria e prática da pediatria física, e foi esse avanço que deixou nuas e tornou evidente a existência e a extensão do distúrbio emocional. É compreensível que não tenha havido tempo para a psicologia, e aqueles que ingressaram na pediatria sentiram-se frequentemente atraídos pela idéia de que os problemas a serem enfrentados eram de natureza física.

Será justamente pelo fato de a pediatria estar ainda ocupada por inteiro com a vertente física que no Instituto de Psicanálise de Londres, onde esta-

mos formando trinta analistas para tratar e estudar a criança, não sejam pediatras (com poucas exceções) os que procuram essa formação? Diga-se de passagem, a psicologia já vem sendo praticada, e bem, fora da profissão médica, por assistentes sociais psiquiátricos e técnicos de assistência a crianças que trabalham com crianças *de-privadas*, por funcionários do sistema de liberdade condicional, pelas equipes das instituições para as assim chamadas crianças desajustadas e por um grande número de outros grupos de profissionais em suas próprias instituições. Muitos desses profissionais sentiram a necessidade de fazer uma análise pessoal. O padrão do atendimento de casos é muitas vezes bem elevado. A pediatria é que ficou para trás.

Sobre a questão da neurose vocês acabam de ouvir meu resumo da teoria, sólida e reconhecida. Mas não posso deixar as coisas como estão. Minha contribuição deve incluir um exame da dificuldade em que se encontra a pediatria.

Há algo errado em algum lugar, e podemos presumir que se algo está errado, todos nós devemos ter a intenção de corrigi-lo.

Diz-se geralmente que os pediatras são necessariamente bons com crianças. Eu acredito que isto é verdade.

Aqui, porém, é meu dever ir além e observar que ser bom com crianças não é psicologia. É algo muito diferente.

Neste Congresso a pediatria/física está mostrando uma atitude acolhedora para com a outra metade da pediatria, aquela que diz respeito ao desenvolvimento *emocional*, mas ainda assim o caminho parece bloqueado. A explicação para isto é certamente o fato de que aqueles que se voltam para o aspecto físico baseiam seu trabalho nas ciências físicas, a anatomia, a fisiologia e a bioquímica, e não sabem a qual ciência dirigir-se para nela basear uma possível excursão ao território da psicologia. O que existe, na psicologia, que corresponda às ciências físicas?

Neste ponto serei dogmático e pessoal. Passei a minha vida profissional com um pé na pediatria e outro na psicanálise. Tendo tratado de muitos milhares de casos, tive também o privilégio de conduzir cerca de cem longas análises pessoais com adultos e crianças. E também fiz minha parte na formação de psicanalistas.

Gostaria de assinalar como ponto central da minha contribuição que mais cedo ou mais tarde será reconhecido que a ciência subjacente à pediatria psicológica/já existe na forma da psicologia dinâmica, ou seja, na psicologia dos processos conscientes e inconscientes derivada de Freud. A psicanálise, tanto como ciência quanto tendo em vista a formação que ela pode oferecer, merece coexistir com a fisiologia. Peço aqui e agora o respeito das

ciências físicas pela psicanálise, e o peço especialmente aos que não gostam dela. Não gostar da psicanálise não é argumento contra ela.

Com certeza existem os que não gostam da psicanálise, pelo fato de esta estudar a natureza humana de forma objetiva. Ela invade domínios antes reservados a fé, à intuição e à empatia. Pior que isto, a psicologia introduz um novo elemento na prática clínica: como psiquiatras, somos obrigados a esperar encontrar *em nós mesmos* as mesmas dificuldades e organizações defensivas neuróticas que encontramos em nossos pacientes.

Existe uma rica literatura para aqueles que gostariam de estudar a neurose mais detalhadamente, e há uma grande abundância de neurose a ser estudada clinicamente. Meu ponto central foi a sugestão relativa a uma *post-graduação* para os jovens pediatras, que podem olhar para a frente e ver-se trabalhando na metade psicológica do nosso território comum, a pediatria. É preciso que eles façam a formação psicanalítica.

Bibliografia

- FREUD, ANNA. (1954), 'Problems of Infantile Neurosis: a Discussion' *Psychosocial Study Child*, Vol. IX. Londres: Imago.
- FREUD, ANNA. (1954), 'The Widening Scope of Indications for Psycho-Analysis.' *J. Amer. Psychosocial Assoc.*, Vol. II, No. 4.
- FREUD, ANNA, e BURTLINGHAM, D. (1942). *Young Children in Wartime: a Year's Work in a Residential War Nursery*. Londres: Allen & Unwin.
- FREUD, SIGMUND. (1905), 'Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria.' *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. VII, pp. 51-2. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1905), 'Three Essays on the Theory of Sexuality.' *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. VII. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1909), 'Notes upon a Case of Obsessional Neurosis.' *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. X. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1914), 'On Narcissism: an Introduction.' *Complete Psychological Works*. Vol. XIV. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1915), 'Instincts and their Vicissitudes.' *Complete Psychological Works*. Vol. XIV. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1917), 'Mourning and Melancholia.' *Collected Papers*. Vol. IV. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1920), 'Beyond the Pleasure Principle.' *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1921), 'Group Psychology and the Analysis of the Ego.' *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1923), 'The Ego and the Id.' Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. (1926), 'Inhibitions, Symptoms and Anxiety.' Londres: Hogarth Press.
- FREUD, SIGMUND. *The Origins of Psycho-Analysis*. Londres: Imago, 1950 (1954).
- FRIEDLANDER, K. (1947). *The Psychoanalytical Approach to Juvenile Delinquency*. Londres: Kegan Paul, Trench, Trubner.
- GLOVER, E. (1932), 'A Psychoanalytic Approach to the Classification of Mental Disorders.' In *On the Early Development of Mind*. Cap. XI. Londres: Imago.
- GLOVER, E. (1945), 'An Examination of the Klein System of Child Psychology.' *Psychosocial Study Child*, Vol. I. Londres: Imago.
- GLOVER, E. (1949), 'The Position of Psycho-Analysis in Great Britain.' In *On the Early Development of Mind*. Cap. XXIII. Londres: Imago.
- GREENACRE, P. (1941), 'The Predilection to Anxiety.' In *Trauma, Growth and Personality*. Londres: Hogarth Press.
- GREENACRE, P. (1945), 'The Biological Economy of Birth.' In *Trauma, Growth and Personality*. Londres: Hogarth Press.
- GREENACRE, P. (1954), 'Problems of Infantile Neurosis: a Discussion.' *Psychosocial Study Child*, Vol. IX. Londres: Imago.
- HARTMANN, H. (1952), 'Mutual Influences in the Development of Ego and Id.' *Psychosocial Study Child*, Vol. VII. Londres: Imago.
- ABRAHAM, K. (1916), 'The First Pregenital Stage of the Libido.' *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- ABRAHAM, K. (1927), *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- ABRAHAM, K. (1955), *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- ALCHORN, A. (1925), *Wayward Youth*. Londres: Imago.
- BALINT, M. (1955), 'Friendly Expanses - Horrid Empty Spaces.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXXVI.
- BENDER, L. (1947), 'Childhood Schizophrenia.' *Am. J. Orthopsychiat.*, Vol. XVII.
- BOWLBY, J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- BOWLBY, J., e ROBERTSON, J. D. (1952), 'A Two-Year-Old Goes to Hospital.' *Psychosocial Study Child*, Vol. VII. Londres: Imago.
- BRIERLEY, M. (1951), *Trends in Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- BRITTON, C. (1955), 'Casework Techniques in the Child Care Services.' *Case Conference*, Vol. I, No. 9.
- BURLINGHAM, D., e FREUD, ANNA. (1942), *Young Children in Wartime: a Year's Work in a Residential War Nursery*. Londres: Allen & Unwin.
- CASTERET, N. (1947), *My Caves*. Londres: Dent.
- CREAK, M. (1951), 'Psychoses in Childhood.' *J. ment. Sci.*, Vol. XCIV.
- CREAK, M. (1952), 'Psychoses in Childhood.' *Proc. R. Soc. Med.*, Vol. XLV.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Londres: Tavistock Publications.
- FREUD, ANNA. (1937), *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Londres: Hogarth Press.
- FREUD, ANNA. (1947), 'Aggression in Relation to Emotional Development; Normal and Pathological.' *Psychosocial Study Child*, Vol. III-IV. Londres: Imago.
- FREUD, ANNA. (1947), 'Emotional and Instinctive Development.' In *Child Health and Development*. Ed. by Prof. R. W. B. Ellis. Londres: John Churchill.
- FREUD, ANNA. (1952), 'A Connection Between the States of Negativism and of Emotional Surrender (Hörigkeit).' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXXIII.
- FREUD, ANNA. (1952), 'The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children.' *Psychosocial Study Child*, Vol. VII. Londres: Imago.
- FREUD, ANNA. (1953), 'Some Remarks on Infant Observation.' *Psycho-Anal. Study Child*, Vol. VIII. Londres: Imago.

- HENOCH, E. (1889). *Lectures on Children's Diseases*. Trad. por John Thomson. Londres: The New Sydenham Society.
- HOFFER, W. (1949). 'Mouth, Hand, and Ego-Integration.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. III-IV. Londres: Imago.
- ILLINGWORTH, R. S. (1951). 'Sleep Disturbances in Young Children.' *Brit. Med. J.* Jones, E. (1946). 'A Valedictory Address.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXVII.
- JUNG, C. G. *The Collected Works of C. G. Jung*. Ed. Herbert Read, Michael Fordham et al. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- KANNER, L. (1943). 'Autistic Disturbances of Affective Contact.' *The Nervous Child*, Vol. II.
- KLEIN, M., & RIVIERE, J. (1936). 'Love, Hate and Reparation.' *Psycho-Analytical Epitomes* No. 2. Londres: Hogarth Press, 1937.
- KLEIN, M. (1932). *Psycho-Analysis of Children*. Londres: Hogarth Press.
- KLEIN, M. (1948). *Contributions to Psycho-Analysis*, 1921-45. Londres: Hogarth Press.
- KLEIN, M., HEIMANN, P., & MONEY-KYRLE, R. (1952). *Developments in Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.
- KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., & RIVIERE, J. (1955). *New Directions in Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock Publications; New York: Basic Books.
- LINDNER, S. (1879). 'Das Saugen an den Fingern, Lippen, bei den Kindern (Ludeln)'. *Jb. Kinderheilk.* N.F., 14.68. (179).
- MACALPINE, I. (1952). 'Psychosomatic Symptom Formation.' *Lancet*, Feb. 9.
- MAHLER, M. S. (1952). 'On Child Psychosis and Schizophrenia.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. VII. Londres: Imago.
- MAHLER, M. S. (1954). 'Problems of Infantile Neurosis: a Discussion.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. IX. Londres: Imago.
- MARTY, P., & FAÏN, M. (1955). 'La Motricité dans la Relation d'objet.' *Rev. française Psychoanal.* Tome XIX, Nos. 1-2. Presses Universitaires de France.
- MIDDLEMORE, M. P. (1941). *The Nursing Couple*. Londres: Hamish Hamilton.
- MILNER, M. (1952). 'Aspects of Symbolism in Comprehension of the Not-Self.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXXIII.
- RANK, O. (1924). *The Trauma of Birth*. Londres: Kegan Paul.
- READ, G. D. (1942). *Revelation of Childbirth*. Londres: Heinemann.
- READ, G. D. (1950). *Introduction to Motherhood*. Londres: Whitefriars Press.
- RICKMAN, J. (1928). 'The Development of the Psycho-Analytical Theory of the Psychoses.' *Supplement No. 2 Int. J. Psycho-Anal.* Londres: Baillière, Tindall and Cox.
- RICKMAN, J. (1951). 'Methodology and Research in Psychopathology.' *Brit. J. Med. Psychol.*, Vol. XXIV.
- RIVIERE, J. (1936). 'On the Genesis of Psychological Conflict in Earliest Infancy.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XVII.
- RIVIERE, J., & KLEIN, M. (1936). 'Love, Hate and Reparation.' *Psycho-Analytical Epitomes*, No. 2. Londres: Hogarth Press, 1937.
- ROBERTSON, J., BOWLBY, J., & ROSENBLUTH, DINA. (1952). 'A Two-Year-Old Goes to Hospital.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. VII. Londres: Imago.

- RYCROFT, C. F. (1953). 'Some Observations on a Case of Vertigo.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXXIV.
- SCOTT, W. C. M. (1949). 'The Body Scheme in Psychotherapy.' *Brit. J. Child Med. Psychol.*, Vol. XXII.
- SCOTT, W. C. M. (1955). 'A Note on Blathering.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXXVI.
- SEARL, N. (1929). 'The Flight to Reality.' *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. X.
- SECHEHAYE, M. A. (1951). *Symbolic Realization*. New York: International Universities Press.
- SPITZ, R. A. (1945). 'Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. I. Londres: Imago.
- SPITZ, R. A., & WOLF, K. M. (1946). 'Anaclitic Depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. II. Londres: Imago.
- SPITZ, R. A. (1950). 'Relevance of Direct Infant Observation.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. V. Londres: Imago.
- STEVENSON, O. (1954). 'The First Treasured Possession.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. IX. Londres: Imago.
- WHITEHEAD, A. N. (1933). *Adventures of Ideas*. Harmondsworth, Pelican Books.
- WINNICOTT, D. W. (1931). *Clinical Notes on Disorders of Childhood*. Londres: Heinemann.
- WINNICOTT, D. W. (1945). *Getting to Know Your Baby*. Londres: Heinemann.
- WINNICOTT, D. W. (1947). 'Physical Therapy of Mental Disorder.' *Brit. Med. J.* 1957; New York: Basic Books.
- WINNICOTT, D. W. (1947). 'Physical Therapy of Mental Disorder.' *Brit. Med. J.* correspondência. *Brit. Med. J.*, May 17th, 1947, p. 688.
- WINNICOTT, D. W. (1949). 'Leucotomy.' *Brit. Med. Students' J.* Primavera de 1949, 3, 2, 35.
- WINNICOTT, D. W. (1949). *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby*. Nove palestras radiofônicas. Republicadas em *The Child and the Family*. Londres: Tavistock Publications, 1957; New York: Basic Books.
- WINNICOTT, D. W. (1950). 'Some Thoughts on the Meaning of the Word Demoniac.' *Human Relations*, Vol. III, No. 2, Junho 1950.
- WINNICOTT, D. W. (1957a). *The Child and the Family*. Londres: Tavistock Publications; New York: Basic Books. (p. 141).
- WINNICOTT, D. W. (1957b). *The Child and the Outside World*. Londres: Tavistock Publications; New York: Basic Books.
- WOLF, K. M., & SPITZ, R. A. (1946). 'Anaclitic Depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.' *Psychoanal. Study Child*, Vol. II. Londres: Imago.
- WULF, M. (1946). 'Fetishism and Object Choice in Early Childhood.' *Psychoanal. Quart.*, Vol. XV.

- socialização da, 292-295
- variabilidade do potencial de, 303
- Alchhorn, August, 406
- Alma
 - conceito de, e ilusão, 229
- Alucinação
 - como veículo para a tensão instintiva na primeira infância, 240
 - e ilusão, 227
 - e o seio da mãe, 227
 - e potencial criativo da primeira mada, 311
 - e realidade externa, 227
 - e regressão, 163
 - papel da, no desenvolvimento emocional primitivo, 229
- Amamentação (ver tb. 'Primeira mamada'), 17
 - experiências da, várias implicações das, 363
 - Amamentação, problemas da, 17
 - pediatria e cuidados maternos, 242
 - Ambiente
 - avaliação do papel do, na análise, 256
 - como fator etiológico adverso, 63-64
 - efeitos de um a. inicial tanzilizante, 336
 - efeitos do a. perfeito versus o a. ruim, na primeira infância, 334
 - inicial, avaliação de seu papel na classificação de a. perfeito, na primeira infância, 239
 - papel do, no desenvolvimento inicial do ego, 380
 - perfeito, e desenvolvimento do psicossoma, 13, 26, 333
 - reativo à anormalidade do indivíduo, 106
 - sua significância para a tendência anti-social, 409, 412
 - 'Ambiente suficientemente bom' — como experiência essencial, 129
- papel do, no desenvolvimento primitivo do ego, 300
- qualidade de, 129
- totalidade do, 129
- Ambivalência
 - análise da, 220
- como ódio na contratransferência, 15
- na infância, 60
- Amor (ver tb. Amor primitivo)
 - agressividade como parte da expressão primitiva do, 290
 - coincidente com ódio a partir de fase libal, 279
 - da mãe pelo bebê, 238
 - dúvidas sobre o, 99
 - e comidas 'na moda', 99
 - empobrecimento da capacidade de sentir, para evitar a culpa, 292
 - impiedoso, na primeira infância, 285
 - Amor primitivo
 - como voracidade, 240
 - e estágio do pré-conceito, 295
 - impiedoso, na primeira infância, 285
 - raízes dos elementos destrutivos no, 296
 - Anamnese, 104
 - pediátrica, 235
 - Animação suspensa
 - na defesa maníaca, 204-205
 - Animais
 - pesadelos com, 100
 - Aniquilação
 - ameaça de, por falha nos cuidados dispensados ao bebê, 403
 - do objeto pela satisfação, 229
 - Ansiiedade (ver tb. Agressividade; Trauma do nascimento; Posição depressiva; Cuidados; Psicossoma; Regressão), 61-62
 - alívio ao testar a capacidade para a, 167
 - causas da, ao cuidar de bebês, 165
 - depressiva e defesa maníaca, 201
 - depressiva e dúvida, 201
 - depressiva e objetos transicionais, 319

Índice

- Abraham, Karl, 307, 322n
- Acesso direto
 - necessidade de, na primeira infância e no tratamento, 246
- Adaptação (ver tb. Cuidados dispensados ao bebê; Preocupação Materna; Primária; Psicossoma; Regressão)
 - ativa do ambiente às necessidades, 184, 272
 - 100% e ilusão, 327
 - e cuidados, 167
 - quase perfeita da mãe, 272, 326
 - recursos do bebê para lidar com falhas da mãe na a. quase perfeita, 326
- Adição
 - e fenômenos transicionais, 331
- Adoção, 64
- Adolescentes
 - necessidade de ambiente especial na análise de, 246-247
- Afetividade
 - capacidade para a, versus experiência sensorial, 366
- verdadeiro, por trás de atuação histórica, 260
- Agarrar (apoderar-se — *grasp*)
 - inibição do impulso de, e dificuldade na amamentação, 109
 - no bebê, 220
- 1 Todas as incidências de algarismos romanos indicam o número de capítulos onde o termo pode ser encontrado. N. T.
- Agarrar (arrebatar — *grab*)
 - inibição do impulso de, como sintoma, 120
 - ma, 120
 - Agitação (ver tb. Defesa maníaca), 84
 - a partir da ansiedade, 78
 - causas da, 77-79
 - e ansiedade, 66, 70
 - e conflitos sobre masturbação, 69
 - e coreia, 78
 - e domínio sobre a ansiedade, 68
 - e excitação ansiosa, 77
 - e formação do caráter, 78
 - e tiques, 77
 - sintomas que acompanham a, 78
 - Agressividade (ver tb. Comportamento; Trauma do nascimento; Psicossoma)
 - dependente de oposição, 301
 - desenvolvimento da a. inicial saudável, 301
 - e ciúme inconsciente, 60
 - e experiência instintiva, 289
 - em relação ao desenvolvimento emocional, 17
 - independente de reação à frustração na primeira infância, 301
 - necessitando de objeto externo para satisfação, 302
 - problemas no estudo da, 288, 300
 - raízes primitivas e iniciais da, 295

- depressiva, 200
- do bebê na situação-padrão, 132
- do bebê sobre seu interior, 363
- dois tipos de, conforme experiências institutivas do bebê, 363
- e ameaça de aniquilação, 403
- e comportamento anormal, 62
- e doença física, 62
- e formação de sintomas na infância, 57-60
- e normalidade, 57
- e problemas do apetite, 92
- e ser seguro, 164
- e voracidade, 91
- efeito da, na fantasia, 72
- experiência de, pressupondo amadurecimento mínimo, 262
- fisiologia da, 123
- mascarando doenças físicas, 76
- medo à ausência de, na regressão, 167
- e ansiedade, 70
- e controle do impulso, 120
- e medo ao seio, 124
- e supercontrole, 124
- num bebê, 117-120
- Atuação (*acting out*)
- papel da, na regressão, 387
- revivência de experiência através da, 340
- Ausência de compaixão, impiedoso (comportamento), (*unithlessness*), XII, XV, XVI, XXI, 12, 16, 22
- como estágio de desenvolvimento na primeira infância, 359
- mudança da, em compaixão (*unith*), na posição depressiva, 360
- no relacionamento primitivo mãe-bebê, 229-231
- Autocrítica
- ausência de, na defesa maníaca, 202
- Auto-eróticas, atividades
- e fenômenos transicionais, 319
- Auto-erotismo, 326
- e fuga para a realidade externa (defesa maníaca), 204

- Avidez (*greediness*) (ver tb. Voracidade de)
- como sintoma da tendência anti-social, 412
- e ansiedade, 91
- Balint, Alice, 164
- Balint, Michael, 167
- Bartholomew, 94
- Bebe
- 'Não existe isso que chamam de', 165
- Bebês
- base da saúde ou da doença no desenvolvimento emocional dos, 235
- sintomas de doença psiquiátrica nos, 249
- necessidade dos, de ódio na mãe, 287
- modos de lidar com a falha gradual da mãe, 326
- desenvolvimento dos, aos 5-6 meses, 222
- Bebês, observação de, 104
- descrições do consultório na Clínica, 113
- e o jogo da espátula, 105-106, 110
- e objetos e fenômenos transicionais, 19
- numa 'situação-padrão', 112
- Blackout (ver tb. Nascimento, trauma do)
- e inconsciência física, 260
- Boca
- alucinações contendo, 259
- Borderline*, distúrbios
- e sua relação com a posição depressiva, 356
- Bowlby, John, 221, 308, 410
- Brierley, Marjorie, 161, 206n-2
- Brincar
- com o seio na primeira infância, 243
- da criança esquizóide, 314
- e dar (na posição depressiva), 367
- e fenômenos transicionais, 330
- Brinquedos
- elaboração de defesas contra ansiedade depressiva no, 132
- pequenos, importância dos, 211n-2
- Britton, Clare, 196
- Brujo
- na entrevista de Philip, 181
- Burlingham, Dorothy, 308
- Cabeça
- conforme recordada na experiência do nascimento, 268-270
- significado da colocação da mente na, 337, 340, 343
- Cabeça, dor de, 69, 337
- causa da, no trauma do nascimento, 269
- na análise, 353
- Caos
- no mundo da fantasia da criança, 136
- Caráter, formação do
- e agitação, 79
- e inibição da voracidade, 98
- em crianças, relativa à depressão da mãe, 158
- Casos
- avaliação do papel do ambiente inicial na classificação de, 375
- classificação e escolha de, para análise, 375
- cuidados dispensados a c. esquizóides, e a bebês, 250
- Casteret, Norbert, 268
- Catagorização
- de reações à intrusão, 337
- Cegueira
- e culpa, 150
- histórica, 150
- medo à, 148
- Cena primitiva
- no jogo da espátula, 110
- Chupar o dedo
- e amor primitivo ao objeto, 231-232

- e auto-erotismo, 232
- e fenômenos transicionais, 319
- e ódio, 231
- e perda do objeto, 232
- Círculo
- como diagrama do self, 343
- Cisão
- básica, no desenvolvimento da personalidade, diagrama, 311
- como defesa contra a culpa, 292
- do objeto em bom e mau, 292n
- resultante de falha no cuidado dis-
- pensado ao bebê, 249
- revivida na transferência, 249
- Cítome, 61, 127
- Clinica
- ambulatório de crianças, e hipocor-
- dria da mãe, 157
- Comer
- e voracidade, 91
- Compatão, ausência de (ver Ruthless-
- ness)
- Companheiro imaginário
- na infância, e despersonalização, 225
- Comportamento
- agressivo ao retornar de introversão, 292
- Comportamento anormal
- por ansiedade, 62
- Comprar
- compulsão a, e tendência anti-social, 414
- Concênimento (ver tb. Posição depressiva; Desenvolvimento emocional primitivo)
- e a capacidade de sentir culpa, 291
- e estágio do, e posição depressiva, 22,
- normal, e preocupação hipocondria-
- ca, 150
- papel da agressividade no, 291
- Concern (ver Concênimento)
- Conflito
- emocional e doença física, 59
- papel do, no desenvolvimento, 57-60
- Confusionais, estados

- resultantes de ambiente inicial tanta-
- lizante, 336
- Conjugal
- dificuldades na relação c. e inibição da voracidade, 103-104
- 'Conjuntio ambiente-indivíduo' (ver tb. Narcisismo), 18, 166
- diagrama do, 309
- enquanto matriz do narcisismo pri-
- mário, 360
- estados esquizóides e falhas do, 309
- início do indivíduo no, 308
- Consciência
- transferência da, do indivíduo para aquele que cuida, 165
- Consultas/Entrevistas
- do Departamento Infantil, 133
- e interpretação da transferência, 136
- e prognóstico do tratamento analí-
- tico, 139
- falha das, com adolescentes, 135
- Continuidade
- condições para o estabelecimento da, no início da infância, 271
- efeito da experiência do nascimento normal ou traumático sobre a, 264
- provido da, pela mãe através dos cuidados dispensados ao bebê, 238
- ruptura da, por trauma do nascimen-
- to, 14
- Contratransferência
- classificação dos fenômenos da, 279
- e necessidades objetivas primitivas dos pacientes, 220
- e reassessuramento, 390
- enfrentada no tratamento de regres-
- sões, 377
- objetiva, 279
- ódio na, 15,
- Controle
- mágico, e mundo interno, 101
- Coreia, 83, 141
- e agitação, 78
- e instabilidade emocional, 81
- e sintomas de ansiedade mal diag-
- nosticados como, 66
- Corpo
- e tiques, 83
- e trauma, 83
- sintomas e diagnóstico da, 79-82
- Corpo
- memórias da experiência do nasci-
- mento no brincar de crianças, 261
- relação da criança com o, 149
- Corpo, relacionamento de um só (ver
- Relacionamento de um só corpo)
- Corpo, superfície do
- interesse na, e fuga à realidade inter-
- na, 213
- Corporal, esquema
- conceito de, 332
- e 'conjunto ambiente-indivíduo', 308n
- e desenvolvimento do psicossoma, 341
- Creak, Mildred, 305, 402
- Criança (ver tb. Infância; Infantil; Bebê)
- anti-social e 'preocupação materna cuida, 284
- anti-social e o ódio objetivo de quem
- dispensados a)
- e profilaxia, 58
- e psicose, 18
- Criança, psiquiatria da
- e casos tratados em casa, 196
- e o valor do sintoma, 169
- e pediatria, 169
- Crianças
- e necessidade de testar, a partir de um
- lar dissolvido, 283
- e fornecimento de um lar para casos
- de, 137, 144, 407
- e observação de bebês, 122
- e problemas de manejo, 135
- problemas da inviabilidade de, 134
- Crianças, analistas de, 147
- e ilusão e objetos transicionais, 18
- primária, 20, 249, 317, 411
- e reparação, 156

- Criatividade primária (ver tb. Objetos transicionais)
- e tendência anti-social, 411
- Crocódilo
- como símbolo do self primitivo, sem
- compaixão (impiedoso), 23 In-1
- Crucificação e ressurreição, 206
- Cuca fresca, 206
- Cuidados dispensados ao bebê, 13, 20
- como agentes de integração da per-
- sonalidade, 224
- compreensão dos, e transferência, 384, 393-398
- e 'Preocupação materna primária', 26, 403
- e o manejo, pela mãe, dos estados
- tranquilos e excitados, 360-363
- e psiquiatria, 244-249
- falha gradual da adaptação perfeita
- versus frustração com os, 302, 400
- falha nos, e três tipos de ansiedade, 165
- falha nos, resultante em cisão, 249
- importância da mãe verdadeira nos, 228
- o essencial nos, 237
- papel dos c. suficientemente bons em
- neutralizar as ansiedades mais pri-
- mitivas, 166
- ruptura nos, revividos em análise,
- 244-249
- técnicas dos, 165
- vínculo entre c. e manejo de doentes
- mentais, 234
- Culpa
- a partir da projeção de reações contra
- intrusões ambientais no início, 338
- capacidade para sentir, 162
- e defesa maníaca, 216-217
- e doença física, 76
- e estágio do concênimento (compai-
- xão), 291
- e formação de sintomas, 74
- e impulsos agressivos e destrutivos, 156
- e reparação, 156

— resultante de falha no cuidado dis-
pensado à criança, 165
Destritividade
— e tendência anti-social, 411
— enquanto teste do ambiente, 411
— medo à, 95
Destritivos, impulsos
— e culpa, 127
— e realidade interna, 122
Desvalorização
— na defesa maníaca, 203
Devaneios
— e realidade externa, 200
Devoção (ver tb. 'Preocupação materna
primária', Psicossoma)
— da mãe, ao cuidar da criança, 306
Dia do Armistício, 212
Diagnóstico, entrevistas de
— como tratamentos analíticos em mi-
natura, 235
— fracasso das, por rigidez, 247
— produtivas somente enquanto entre-
vistas terapêuticas, 235
Diário, manutenção de um
— e projeção do aparelho mental, 342
Diarreia, 123
— versus 'fase de hesitação' na 'situa-
ção-padrão', 123
Diferenciação individual
— início da, 166
Dissociação (ver tb. 'Falso self', Cuida-
dos dispensados ao bebê, Psicossoma), 226
— e não-integração, 225
— e o estado de vigília da criança, 226
Diva
— significação do, na regressão, 385
Divida, endividamento
— inconsciência versus reconhecimento-
to da, 317
Doação (ver Dar)
Doença (ver tb. 'Conflito; Mal-estar')
Doenças físicas (ver Física, doença)
Dois-corpos, relacionamento do tipo (ver
Relacionamento de dois-corpos)
Dor (emocional — *grief*)
— e regressão ao desenvolvimento
emocional primitivo, 225
Desenvolvimento emocional primitivo;
voluntário emocional primitivo;
Psicossoma)
— a partir de conflito, 58
— enriquecimento do, através do mal-
estar, 58
Desenvolvimento emocional (ver tb.
Conflito; Desenvolvimento emocio-
nal primitivo; Psicossoma; Regres-
são)
— agressividade em relação ao, 17
— e ansiedade, 59
— posição depressiva no, 22
Desenvolvimento emocional primitivo;
III, XII, XIV, XV, XVIII, XIX,
XXIV, XXV, 12, 15, 20, 26
— diagramas do, 309-310
— efeitos do ambiente perfeito ou ruim
sobre o, 334
— possibilidades de observação do, na
análise, 308
— três processos de, 222-223
Desperança
— quanto a alcançar vida própria, 266
Desilusão
— e desmame, 307, 329
Desintegração, 165
— e não-integração primária, 165, 224,
230
— como defesa, 165
Deslocamento
— de sentimentos do self para a técnica
do cuidar, 165
Desmame (ver tb. Inconsciente — fisi-
co), 71
Desmame (ver tb. Posição depressiva;
Objetos transicionais), III, XI,
XVIII, XXI, 11, 19, 22
— e desilusão, 240, 307
— e ilusão-desilusão, 329
— e posição depressiva, 356, 371
Despersonalização (ver tb. 'Falso Self')
— e companheiros imaginários na in-
fância, 225
— e regressão ao desenvolvimento
emocional primitivo, 225

- e posição depressiva, 371
 Dupla amamentante, 165
 Édipo, complexo de, 355, 373
 — e neurose, 61, 420
 — e pontos de fixação, 379
 Educação
 — e conflitos infantis, 58
 Ego (ver tb. 'Falso self'; Cuidados dispensados ao bebê; Criação de crianças; Mãe; Psicossoma; Regresso)
 — amadurecimento do, essencial para a capacidade de sentir ódio, 285
 — assimilação ao, da mãe que sustenta a situação, 366
 — começo do, e ameaças primitivas de aniquilação, 404
 — desenvolvimento do, a partir da adaptação do analista na transferência, 396
 — cia, 396
 — desenvolvimento do, no início da tendência anti-social, 415
 — desenvolvimento do, papel da agressividade nos vários estágios, 290
 — desenvolvimento inicial do, e o papel do ambiente, 380
 — distúrbios do, derivados de traumas do nascimento, 269
 — entrega do verdadeiro self ao, na regressão, 384
 — estabelecimento da 'Preocupação materna primária', 403
 — extremamente imaturo, efeitos da insucesso ambiental severa no, 266, 403
 — fortalecimento do, por experiência de nascimento normal, 262
 — maturidade e imaturidade do, 405
 — mecanismo da defesa-organizada-do-ego no 'falso self' e na regressão, 378
 — momentos iniciais do, e ambiente suficientemente bom, 300
 — necessidades do, e cuidados maternos, 413
 — necessidades do, emergindo das necessidades do corpo, 403
 — observador, nas regressões, 386
 — organização do, permitindo a regressão, 377
 — papel do, na neurose de transferência, 393
 — processos do, e experiências instintivas na primeira infância, 363n
 — relacionabilidade do, e 'Preocupação materna primária', 404
 — relacionabilidade do, proporcionada pelo terapeuta no tratamento da tendência anti-social, 416
 — ruptura do, por reações a traumas antes do nascimento, 262
 Ego, cisão do
 — e estrabismo, 153
 Ego, espontaneidade do
 — papel da agressividade na, 304
 Ego, núcleos do
 — primitivos, e efeitos da experiência do nascimento, 266
 Elação
 — e negação da realidade interna, 204
 Emocional, distúrbio/problema
 — e apetite, 91
 Encefalite letárgica, 76
 Enurese, 59
 — e regressão, 176, 185
 — e tendência anti-social, 415
 — relato de caso, Philip, 7, 170
 Epistaxe, 70
 Equilíbrio
 — distúrbios do, e vertigem, 163
 — homeostático, 399
 Eróticas, experiências
 — condições para a satisfação das e, iniciais, 301
 — e fusão com a agressividade, 300-304
 — levando a uma sensação de irrealidade, 299
 Erotismo oral
 — e agressividade, 289
 — região intermediária entre relação objetiva verdadeira e, 317
 Erotização
 — da agressividade versus fusão da motilidade com o potencial erótico, 299
 Espátula, jogo da (ver tb. 'Situação padrão'), III, IV, 104, 125
 — cf. descrição (Freud) do jogo do carterel, 130
 — desvios da normalidade na, 117
 — e cena primária, 110
 — e domínio sobre a ansiedade de separação, 130
 — e significação da espátula como seio na, 125
 — e sua relação com a mãe internalizada, 131
 — da, 131
 Ego, cisão do
 — e superego, 120
 — estágios normais na, 114
 — importância do papel do pai na, 109
 — significados da espátula na, 125
 Esperança
 — implícita na tendência anti-social, 410, 415
 — papel da, na regressão, 380
 Espontaneidade
 — e agressividade, 304
 — e experiência do ego, 304
 — e motilidade, 289
 Esquizofrenia (ver tb. Psicossoma; Psicose; Regressão; Esquizóide)
 — análise da, em estágio experimental, 235-236
 — doença-provocada por deficiência ambiental, 239
 — e distúrbios da amamentação na primeira infância, 243
 — relato de casos, 247
 Esquizóide
 — caráter, sem aquisição da posição depressiva, 357
 — casos de personalidades e, 250
 — estados e, definição e diagrama de, 357
 — estados e, raízes dos, em perturbações nas etapas iniciais da primeira infância, 311
 — personalidade e, e hábito de chupar o dedo, 232
 Estadantes
 — e não-integração da personalidade, 154
 — e inversão aguda, 154
 — e cisão no ego, 153-154
 — como dissociação, 226
 — cf. chupar o dedo, 152
 Estrabismo, 152
 — tipos e, e entrevistas padronizadas, 247
 — da agressividade versus fusão da motilidade com o potencial erótico, 299
 Espátula, jogo da (ver tb. 'Situação padrão'), III, IV, 104, 125
 — cf. descrição (Freud) do jogo do carterel, 130
 — desvios da normalidade na, 117
 — e cena primária, 110
 — e domínio sobre a ansiedade de separação, 130
 — e significação da espátula como seio na, 125
 — e sua relação com a mãe internalizada, 131
 — da, 131
 Ego, cisão do
 — e superego, 120
 — estágios normais na, 114
 — importância do papel do pai na, 109
 — significados da espátula na, 125
 Esperança
 — implícita na tendência anti-social, 410, 415
 — papel da, na regressão, 380
 Espontaneidade
 — e agressividade, 304
 — e experiência do ego, 304
 — e motilidade, 289
 Esquizofrenia (ver tb. Psicossoma; Psicose; Regressão; Esquizóide)
 — análise da, em estágio experimental, 235-236
 — doença-provocada por deficiência ambiental, 239
 — e distúrbios da amamentação na primeira infância, 243
 — relato de casos, 247
 Esquizóide
 — caráter, sem aquisição da posição depressiva, 357
 — casos de personalidades e, 250
 — estados e, definição e diagrama de, 357
 — estados e, raízes dos, em perturbações nas etapas iniciais da primeira infância, 311
 — personalidade e, e hábito de chupar o dedo, 232
 Exaustão (ver tb. Psicanalista; Regressão)
 — no tratamento de delinquentes, 211-212
 Excitação (ver tb. Defesa maníaca)
 — ansiedade a respeito da, 66
 — e os olhos, 151
 — e transformações em órgãos, 72
 — do bebê, e realidade externa, 240, 248
 Externo, mundo
 — nas experiências do bebê, 166
 Externo, objeto (não-eu)
 — componentes agressivos do impulso levam à primeira necessidade de, 301, 303
 Fain, Michael, 289n-1, 297
 Fairbairn, W. Ronald D., 316n-2, 364n-1
 Falha da mãe
 — gradual, formas de lidar com, pelo bebê, 326
 'Falha, situação de',
 — 'congelamento' da, 378
 — e fixação, 379
 — instintiva versus ambiental, 379
 'Falso self' (ver 'Self, falso')

Fantasia
— pontos de, e 'congelamento da situação da falha', 379
Folclore, 62
Fome
— na primeira infância e expectativa quanto ao objeto, 240
Freud, Anna, 109, 164, 221, 236, 294n, 327n, 360, 364n-2, 394, 399, 400
Freud, Sigmund, 62, 115n, 121-122, 125n, 130-131, 233, 254-256, 261, 263, 274, 285, 308, 319, 326, 337n, 356, 371, 374-375, 381, 382n, 383, 393, 406, 420, 422
Friedlander, Kate, 237
Frustração
— e cisão do objeto em bom e mau, 292
— e fantasia, 228
— e necessidades do bebê, 400
— experiência de, na primeira infância, 399, 403
— necessidade de, pela realidade, 58, 297
— versus falha gradual, 302
Fusão
— versus des-fusão de componentes agressivo e erótico, 300-302
Futilidade — *Futility* — ver Inutilidade
Garganta
— sintomas histéricos na, 74
Genital, órgão
— e desenvolvimento emocional, 62
Glover, Edward, 161
Gravidez
— da mãe, reação da criança à, 57, 136
— fantasias sobre, função defensiva das, 94
Greenacre, Phyllis, 254n-2, 255-256, 261, 273, 400
Gritos
— e ansiedade na infância, 58
Grupo
— papel do indivíduo no, pela capacidade de de sentir culpa pessoal, 162
— trabalho com, 160
— vida em, versus individualidade, 160
Fixação
— devida a causas e conflitos emocionais, 68-73
Física, mudança
— usada para crescimento emocional, 171
— 'mundo interno', 93
— sua relação com fantasias sobre o — e problemas emocionais, 57
— devida a conflito emocional, 67
emocional, 59
— como critério para avaliar a saúde Física, doença
— prazer na, 107
— ausência de, 107
Fezes, retenção de
— força vital no, 303
— papel da motilidade, agressividade e — e experiência do nascimento, 255
Feto
— e objeto transicional, 325, 330
Fetiche
— versus devaneio, 228
— papel da, na psicanálise, 219
— papel da, na hipocôndria, 219
— oral, lugar da, no corpo, 93
interna, 201
— onipotente, e negação da realidade
— no início da primeira infância, 121
— mais primitiva que a realidade, 228
— fuga à, para a realidade, 100
— e realidade externa, 200
— e psique, 333
— e frustração, 228
— e experiências instintivas, 219
— e experiências do mundo interno, 93
107
— e experiência funcional do corpo,
— e dor, 93
— e ansiedade, 72
do nascimento, 269
— do nascimento distinta de memória
— gões, 362, 418
— como elaboração imaginativa de fun-

— pontos de, e 'congelamento da situação da falha', 379
Folclore, 62
Fome
— na primeira infância e expectativa quanto ao objeto, 240
Freud, Anna, 109, 164, 221, 236, 294n, 327n, 360, 364n-2, 394, 399, 400
Freud, Sigmund, 62, 115n, 121-122, 125n, 130-131, 233, 254-256, 261, 263, 274, 285, 308, 319, 326, 337n, 356, 371, 374-375, 381, 382n, 383, 393, 406, 420, 422
Friedlander, Kate, 237
Frustração
— e cisão do objeto em bom e mau, 292
— e fantasia, 228
— e necessidades do bebê, 400
— experiência de, na primeira infância, 399, 403
— necessidade de, pela realidade, 58, 297
— versus falha gradual, 302
Fusão
— versus des-fusão de componentes agressivo e erótico, 300-302
Futilidade — *Futility* — ver Inutilidade
Garganta
— sintomas histéricos na, 74
Genital, órgão
— e desenvolvimento emocional, 62
Glover, Edward, 161
Gravidez
— da mãe, reação da criança à, 57, 136
— fantasias sobre, função defensiva das, 94
Greenacre, Phyllis, 254n-2, 255-256, 261, 273, 400
Gritos
— e ansiedade na infância, 58
Grupo
— papel do indivíduo no, pela capacidade de de sentir culpa pessoal, 162
— trabalho com, 160
— vida em, versus individualidade, 160
Fixação
— devida a causas e conflitos emocionais, 68-73
Física, mudança
— usada para crescimento emocional, 171
— 'mundo interno', 93
— sua relação com fantasias sobre o — e problemas emocionais, 57
— devida a conflito emocional, 67
emocional, 59
— como critério para avaliar a saúde Física, doença
— prazer na, 107
— ausência de, 107
Fezes, retenção de
— força vital no, 303
— papel da motilidade, agressividade e — e experiência do nascimento, 255
Feto
— e objeto transicional, 325, 330
Fetiche
— versus devaneio, 228
— papel da, na psicanálise, 219
— papel da, na hipocôndria, 219
— oral, lugar da, no corpo, 93
interna, 201
— onipotente, e negação da realidade
— no início da primeira infância, 121
— mais primitiva que a realidade, 228
— fuga à, para a realidade, 100
— e realidade externa, 200
— e psique, 333
— e frustração, 228
— e experiências instintivas, 219
— e experiências do mundo interno, 93
107
— e experiência funcional do corpo,
— e dor, 93
— e ansiedade, 72
do nascimento, 269
— do nascimento distinta de memória
— gões, 362, 418
— como elaboração imaginativa de fun-

Hartmann, Heinz, 297
Haskell, Arnold, 158
Hermann, Irma, 164
Heterossexualidade
— compulsiva e defensiva maníaca, 204
Hipercemia, 72
Hipertestesia, 72
Hipnotismo, 71
Hipocôndria, 92
— da mãe, no ambulatório de pediatria, 157
— da mãe, versus da criança, 151
— e defesa maníaca, 204
— e fantasia sobre objetos internos, 219
— e negação da fantasia, 204
Hipocondrias
— dores e ansiedades internas, 123
— preocupações h., e comprometimento normal, 151
Hipomaniaco, paciente, 278
Histéria
— mascarando loucura, 167
Hoffer, William, 319
Homossexualidade
— inconsciente do pai, e reação da criança à, 143
Hostilidade
— inconsciente, e sintomas histéricos, 74
Humor
— e reconhecimento das fantasias do mundo interno, 94
Humpty Dumpty, 313
Id, experiências do (ver tb. Posição depressiva; Experiência instintiva)
— e motilidade, 297
— pré-história da agressividade nas, 296
Id, impulsos do
— e comprometimento pelo objeto amado, 366
Id, satisfação do
— e medo à aniquilação, 228
— frustração do, e agressividade reativa, 295
Ideais
Imaginação
— resiliante do preenchimento das expectativas do bebê pela realidade externa, 248

— empobrecimento da, pela inibição da voracidade, 108
 Imaginário, companheiro (ver Compagnon) (ver tb. Ilusão; Psicossoma; Regressão)
 Imitação (mímica)
 — defesa contra detrisso, 174
 Impedidos, comportamento (ver *Ruthlessness*)
 Impulsividade
 — e amor impiedoso (sem compaixão, *ruthless*), 359
 — e motilidade, 289, 297, 299
 — incapacidade para a, 359
 Inconsciência física
 — como 'não saber', 341
 — e trauma do nascimento, 265
 — significado regressivo da, 340-341
 Inconsciente (ver tb. Conflito; Desenvolvimento emocional; Sintomas, formação de), 62
 — conflito, 417
 — crença no, 64
 — hostilidade i. e sintomas, 74
 — medo ao, 124
 — seguindo o i. do paciente, 396
 Incontinência
 — como dissociação, 226
 Incorporação
 — psíquica e física, de objeto, 105-106
 Indulgência (ver tb. Mímo)
 — e amor materno, 414
 Infância
 — psicose na, 305
 Infância, primeira
 — desenvolvimento no início da, 239
 — estágio da relação pré-objetual na, 240
 Inibições
 — do instinto por falha da posição depressiva, 366
 Inquietação (ver tb. Agitação; Defesa maníaca)
 — ansiosa, e depressão, 151
 — e ansiedade, 78, 95-96
 — maníaca, distinta de i. persecutória, 368
 — sintomas de ansiedade, 66

Insanos
 — fardo emocional ao cuidar de, 277
 Instintiva, experiência (ver tb. Ilusão; Psicossoma; Regressão)
 — aguda, e integração da personalidade de, 224
 — aniquilação do objeto pela satisfação da, 229
 — e agressividade, 289
 — e o analista, 300
 — seu efeito sobre o relacionamento do bebê com a mãe, 363
 Instintivas, necessidades
 — e cuidados maternos, 19, 22, 26
 — falhas da mãe quanto às, 414
 Instinto
 — cura da des-fusão do, elemento na tendência anti-social, 411
 — desenvolvimento do, e regressão, 379
 — domínio sobre o, e formação de sintomas, 59
 — e desenvolvimento do ego na primeira infância, 405
 — e posição depressiva, 22
 — genital, e neurose, 419
 — interjogo do, ambiente primário e self, 23 in-2
 Instituto de Psicanálise, 421
 — seu papel como clínica social, 146
 Integração (ver tb. Posição depressiva; Ilusão; Cuidados dispensados ao bebê)
 — a partir dos cuidados dispensados ao bebê e das experiências instintivas, 224
 — na criança, da cisão entre ambiente que cuida e ambiente que excita, pela maternagem suficientemente boa, 362
 — no desenvolvimento emocional primitivo, 20, 22, 23, 222, 224, 227
 — no início da primeira infância, diagrama, 313
 Intelecto (ver tb. Mental, atividade; Intelecto)
 — e estrabismo, 154
 — e estados paranoídes, 314
 Introversão, 231
 — e defesa maníaca, 202
 Introspecção
 — corpo, 165
 — levando ao relacionamento de um-da mãe que apóia o ego, 413
 Intuição
 — experiências, 164
 — análise, 274
 — estado, regressão ao, revivida em estado, da psique no, 274
 Intra-uterino/a
 — tamento, 395
 — versus importância do setting no tratamento, 136
 — em entrevistas, 129
 — e voracidade, 129
 — do trauma do nascimento, 261
 — 287
 — do ódio do analista pelo paciente, 287
 — discricção sobre a, 183
 Interpretação
 — interpessoal, relacionamento, 317, 375
 Intero, objeto (ver Objeto interno)
 — como mecanismo de defesa, 294
 Internalização
 — tes, 407
 — versus psicanálise, para delinquentes, 407
 Intermiação (não psíquica)
 — importância do, 200
 Instintiva, 363
 — ansiedade sobre o, após experiência interior
 Interior
 — gração falsa, 267
 — precoce ou retardado, ligado à inteligência, desenvolvimento
 Intelectual, desenvolvimento
 — sensação de, por perda do verdadeiro self, 238
 Inveja do pênis (ver Pênis, inveja do) self, 127
 Inveja, 127
 — rivalidade entre irmãos, 57
 Irrealidade
 — sensação de, e anseio pelo novo, 252
 — sensação de, e defesa maníaca, 215
 Isolamento
 — significado da, nas distorções psicóticas, 310
 Jogo (ver tb. Espátula, jogo da; Rabisco, jogo do)
 — defesa maníaca no, 208-210
 — Jones, Ernst, 211, 332
 — Jung, Carl Gustav, 23 in-2, 369
 Kanner, Leo, 402
 Klein, Melanie, 91, 121-122, 130, 160, 199, 203 in-2, 219 in-2, 273, 291, 294 in-2, 307, 314 in-2, 325, 327 in-2, 355, 358, 361, 365, 371
 Letitura
 — compulsiva e hábito de chupar o dedo, 232
 — e uso emocional dos olhos, 152
 Leucotomia, 277, 344, 384
 Lilit
 — figura mitológica, 230 in-2
 Lindner, S., 322 in
 Little, Margaret, 275
 Loucura
 — e euidados dispensados ao bebê, 165
 — medo à, 167

- Luto, 372
- e defesa maníaca, 202
- Macapine, Ida, 333
- Mãe (ver tb. Cuidados dispensados ao bebê; Psicossoma; Objetos transicionais)
- buscada em objetos roubados, 411
- como o ambiente total na primeira infância, 224
- fantasia de re-entrar na, derivada do trauma do nascimento, 269
- importância de ser cuidado pela própria, 228
- manejo da regressão pela, relato de casos, 7, 9
- perda da, 130
- proporcionando a situação para a ilusão na primeira infância, 240
- reparação falsa e identificação com a, 156
- significado da m. real para o bebê, 236
- 'Mãe, boa'
- compulsão a ser, para outros, 373
- Magia (ver tb. Controle onipotente)
- e perseguição, 314
- e sonho, 178
- Magreza
- devida à ansiedade, 68
- Mahler, Margaret, 399, 402
- Mal-estar
- e entriquecimento do desenvolvimento, 58
- e normalidade, 59
- 'Mamada, primeira'
- diagrama da, 310
- Mamadreira, amamentação com, 323n
- Manejo, XXII, XXIII, XXV, 23, 24, 27
- como inerentemente necessário na análise de psicóticos, 279
- da regressão em casa: relato de casos, IX, X, 7, 9
- no tratamento da tendência anti-social, 410
- papel do, nos tratamentos analíticos, 376
- Mania
- versus psicoterapia, 188
- Maníaca, defesa (ver tb. Agitação), II, XI, 11
- características da, 203-205
- distinção da mania, 294
- e ansiedade depressiva, 201
- e negação da realidade interna, 199
- e simbolismo, 207-216
- e vida, 201
- negação da posição depressiva na, 368
- Mãos
- e o brincar com o seio na primeira infância, 244
- Marty, Pierre, 289n-1, 297
- Masoquismo
- e perturbações da fusão de motilidade e impulsos do id no início, 299, 304
- Masturbação
- e agitação, 69
- e regressão a estágios pré-genitais, 72
- mascarada por fuga para a realidade externa, 204
- Materno/a
- corpo m. e fantasia oral, 93
- depressão m. e formação específica de caráter nas crianças, 157

- depressão, 213n
- duas funções m. relativas a estados tranqüilos e excitados, 360-363
- estado de espírito m. criando tarefa para a criança, 159
- função m. de proporcionar falha gradual na adaptação, 335
- hipocôndria m. e pacientes de ambulatório pediátrico, 157
- hipocôndria m. versus preocupação nos cuidados aos bebês, 157
- necessidade m. de apoio moral para cuidar do bebê, 243
- ódio m. ao bebê, 285
- tarefa m. ao cuidar de bebês, 237
- tarefa m. de sustentar a situação para o bebê, 357
- Médico
- atitude do, em relação aos sintomas psicológicos, 59, 169
- e crescimento da criança, 58
- papel do, na hipocôndria das mães, 151
- Medo
- ausência de, 100
- Melancolia, 92
- Memória
- verdadeira, do nascimento, 265
- Memorização
- como função defensiva do intelecto contra perseguições, 275
- de experiências do nascimento, 338
- Mentais, distúrbios
- base psicológica dos, 234
- Mental, atividade
- como catalogação das reações à imitação, 336
- distinção falsa, 333, 346
- Mental, versus físico
- falha na fusão da, com potencial erótico, base para o masoquismo, 299
- fusão da, com potencial erótico, na saúde, 299
- papel da, nas experiências do id, 297
- somatório de experiências de m. e primórdios do ego, 300
- vida como reação à intrusão, 298
- Mudanças físicas (ver Física, mudança)
- Mulher
- transformação material em suficientemente boa em portela, 335
- Mental, deficiência
- como resultado de ambiente inicial tãntalizante, 336
- e psicose, 312
- por interrupção dos cuidados, 249
- relato de caso de menino com, 258
- Mental, estrutura
- complexidade da, no bebê, 92
- Mental, saúde
- base da, na devoção da mãe e nos seus cuidados, 62, 306, 315
- Mente (ver tb. Mental, atividade)
- e psique, desenvolvimento da, 336
- e sua relação com o psicossoma, 20
- localizada na cabeça, 337, 340, 343-345
- na patologia, usurpando a função ambiental do cuidar, 336
- Metapsicologia
- atraso em sua aplicação direta nos tratamentos, 393
- Micção
- aumento na frequência da, e ansiedade, 61, 63
- e agitação, 78
- Middlemore, Merrell, 234, 241
- Milner, Marion, 326n-2
- Morte
- medo à antiqüitação, 403
- Motilidade (ver tb. Psicossoma; Regressão)
- e agressividade, 288-290
- falha na fusão da, com potencial erótico, base para o masoquismo, 299
- fusão da, com potencial erótico, na saúde, 299
- papel da, nas experiências do id, 297
- somatório de experiências de m. e primórdios do ego, 300
- vida como reação à intrusão, 298
- Mudanças físicas (ver Física, mudança)
- Mulher

- medo à, em homens e mulheres, 404
- Mundo interno (ver tb. Posição depressiva; Defesa maníaca; Desenvolvimento emocional primitivo; Psicossoma)
- crescimento do, 292-295
- dano causado por exposição na clínica de fantasias sobre o, 95
- desenvolvimento do, 365
- e ansiedade, 93
- e controle mágico, 101
- e fantasia oral, 93
- e o jogo da espátula, 106
- empobrecimento do, por inibição da fantasia oral, 107
- fantasias sobre o, e doença física, 93
- objetos bons e maus no, 95
- papel da agressividade no crescimento do, 292
- supercontrole do, 93
- Não-integração, XII, XIV, XVII, XIX, XXII, XXIV, 12, 15, 18, 20, 24, 26, 165
- estados de n. e cuidados dispensados ao bebê, 165
- fenômeno da n., no trabalho clínico, 224
- na personalidade, e estrabismo, 154
- primária, 224
- Narcisismo (ver tb. Narcisismo primário; Narcisismo primitivo)
- como primeiro "conjunto ambiente-indivíduo"
- conjunto
- Narcisismo primário (ver tb. "Conjunto ambiente-indivíduo")
- preenchidas pela adaptação ativa do analista, 396
- Negação
- da depressão em crianças, 151
- Nervosismo
- causa de, no erotismo e na hostilidade, 76
- de, 76
- causas físicas do, 75-76
- Neurose (ver Psicose neurose)
- Neuróticos
- intolerância à relação triangular nos, 126, 386
- Normalidade
- e ansiedade, 57-60
- e mal-estar, 59
- Nariz, futurar, 74
- por excitação prolongada, 72
- e raiva, 70
- e excitação, 70
- e desejos destrutivos, 73
- Nariz (congestão nasal)
- e regressão na análise, 383
- e reações à intrusão, 297
- e motilidade, 297
- e dependência absoluta, 18, 355
- te-indivíduo, 18, 360
- como primeiro "conjunto ambiente-indivíduo"

- Objetal, relação (ver tb. Posição depressiva; Objeto interno; Desenvolvimento emocional primitivo)
- antes da primeira, 165
- primitiva, 219
- Objetividade (ver tb. Subjetividade)
- levando à perda da capacidade para a ilusão, 250
- no ódio do analista pelo paciente, 279
- raízes primitivas da, 228
- Objeto
- ciso em bom e mau, 292
- Objeto do amor
- ansiedade quanto ao, após experiência instintiva, 363
- Objeto interno, III, XXI, 22, 201
- controle onipotente do, 207-216
- e defesa maníaca, 202
- e objeto transicional, 325
- negação do bom o. i., 204
- Objeto transicional (ver Transicional, objeto)
- Objeto, busca pelo
- na tendência anti-social, 411
- Obsessiva, neurose
- e catalogação das reações à intrusão, 337n
- Ocular, psicose (ver tb. Psicose)
- e depressão, 150
- e estrutura da personalidade, 149
- na infância, 148
- Occlusão
- e necessidade de punição, 150
- Ódio, Odial
- capacidade de sentir, e maturidade do ego, 285
- coincidência de amor e, nos psicóticos, 279
- inconsciente, versus objetivo, 280
- inexistente na experiência primitiva do ego, 295
- inicial da mãe, ao bebê, 285-286
- justificado, no *setting* analítico, 279
- na contratransferência, 16
- e cuidados dispensados ao bebê, 164
- e conflito quanto ao, no jogo da espátula, 108
- Oral, instinto, 92
- papel da, no desenvolvimento, 72
- Oral, gratificação, 92
- Oral, função, 92
- na "situação-padrão", 121
- "mundo interno", 107
- inibição da, e empobrecimento do "mundo interno", 93
- e "mundo interno", 96
- do que é bom e do que é ruim, 96
- Oral, fantasia, 93
- Oral, fantasia, 301-302
- necessidade de, na agressividade, 301-302
- Oposição
- e manipulação na defesa maníaca, 203
- e magia, 314
- Onipotente, controle
- infantil e tendência anti-social, 412
- Onipotência (ver tb. Defesa maníaca)
- e depressão, 149
- Olho, hábito de esfregar o
- sintomas do, e culpa, 150
- significância do, 148
- repouso do, no sono, 153
- são, 152
- papel do, na defesa contra a depressão, 151
- e tristeza, 151
- e projeção, 154
- e hipococondria, 151
- e culpa, 73
- e conflito emocional, 73
- doença psicológica e, 149
- como órgão substituto, 150
- cansaço do, 150
- atividades simbólicas do, 154-155
- Olho
- como dar vida, 215
- Olhar
- e a psicologia, 148
- Oftalmologistas
- Oferenda (ver Dar)
- 287
- necessidade da criança de ser, 284,

- e padrões de defesa, 419
— etiologia na infância, 62, 169, 233
— na infância, e pediatria, 28
— prevenção da, 420
— tratamento da, 420
— análise da, 218
— como doença provocada por deficiências do ambiente, 336
— doença organizada versus caótica na, 384
— e cuidados dispensados ao bebê, 18
— e falha do ambiente, 384
— estreitamente vinculada à saúde, 381
— etiologia da, no desenvolvimento na primeira infância, 233
— na infância, 144, 305
— profilaxia da, responsabilidade do pediatra, 315
— recuperação espontânea na, 381
— psicossoma, XIV, XVI, XVII, XVIII, XXII, 15, 18, 24
— ambiente perfeito, necessidade absoluta no desenvolvimento do, 334
— ciso no, por falhas no cuidar do bebê, 165
— desenvolvimento inicial do (diagrama), 311
— mente e sua relação com o, 20
— psicossomático/a
— distúrbio, 333, 345
— distúrbio p. e trauma do nascimento, 269, 274
— psicoterapia
— através de manejo, 148
— através de manejo em casa, 184
— versus tolerância ao sintoma, 149
— psicótico, comportamento
— numa menina, 191
— psicótico, paciente
— contratransferência objetiva na análise de, 279
— e concretude do comportamento do analista, 282
— manejo de amor e ódio coincidentes do, 279
— e padrões de defesa, 419
— amor e ódio coincidentes ao, em psicóticos, 279
— atitude do, em relação à posição depressiva, 357
— atitudes de diferentes p. em relação à regressão, 388
— como 'criação' do paciente, 247
— como substituto dos pais na terapia, 159
— comparação entre pressões sobre o, em relação a impulso amoroso ou agressivo do paciente, 210-213, 300
— comportamento do, no *setting* analítico, 382-383
— e ansiedade hipocôndriaca da mãe, 157
— fantasias dos pacientes sobre o, 220
— fantasias sobre o, nas várias doenças, 220
— fornecido ativamente boa maternagem, 378
— importância dos cuidados dispensados ao bebê para o, 394
— incorporação do, 136
— manejo do processo primário do paciente pelo, 396
— ódio do, por pacientes psicóticos, comparado ao ódio da mãe pelo bebê, 285-286
— papel do, no manejo do humor dos pais no paciente, 160
— pressão sobre o, no manejo da regressão, 397
— sobrevivência do, fator dinâmico nos tratamentos, 375
— sonhos de cura do, 281
— subjetividade e objetividade no, 161
— submissão do paciente a exigências inconscientes do, 161
— sucesso do, deslocando país deprimidos no tratamento, 159
— uso das falhas do, pelo paciente, 396
— psiconeurose, 381
— e ansiedade, 418
— e complexo de Édipo, 420

- ódio do analista no tratamento de, 16
— sonho do analista sobre, 281
— tratamento psiquiátrico do, 278
— Psique
— assentamento da, no corpo, 313
— definição de, 333
— dissociação entre p. e intelecto, 275
— intelecto como inimigo da, 312
— no estado intra-uterino, 274
— sedução da, para a mente-psíquica, 337
— Psiquiatria
— e contratransferência, 278
— e cuidados dispensados ao bebê, 244-249
— e estudo da doença mental, 250
— e psicanálise, 278
— e tratamento de psicóticos, 278
— pediatria e, 13
— psiquiátrica, doença
— raízes no início da primeira infância, 111
— Psíquica, realidade (ver Realidade psíquica)
— punição
— negação da, 101
— resultados do progresso da, 168
— 'Rabisco, jogo do'
— nas técnicas de entrevista, 176
— Raiva
— e frustração, 291-292
— reativa à experiência do nascimento, 270
— Raiva, 70
— Rank, Otto, 267
— Reação (ver tb. Psicossoma; Regressão), XIV, XV, XIX, XXI, XXII, 14, 20,
— reativa à experiência do nascimento, 23
— a intrusões como fator patogênico no desenvolvimento emocional primitivo, 264, 266
— acumulação de, em vez de experiência real do self, 303
— Real
— Read, Granly Dick, 257
— sensação de, raízes na primeira infância, 250, 404
— Realidade (ver tb. Realidade externa; Realidade interna), XVIII, XXI, 19, 22
— compartilhada, necessidade de, da primeira infância à vida adulta, 240-244
— fuga para a, 201
— Realidade externa
— como lastro para a fantasia, 228
— como parte do self, 231
— contato com a, nos momentos transgênicos da primeira infância, 241
— e fantasia, 200, 204
— e ilusão na primeira infância, 241
— e psicoses, 227
— e voracidade primitiva, 240
— fuga para a, 204
— relação primária com a, e integração, 227
— relação verdadeira com a, e transferência, 227
— vantagens da aceitação da, 228
— versus realidade interna, 199, 204
— Realidade interna, 318
— boa e ruim, 122
— e ansiedade depressiva, 200
— e fantasia, 201
— e transferência, 203
— negação da, e defesa maníaca, 199, 202
— reconhecimento parcial da, 203
— versus realidade externa, 122
— Realidade psíquica, 199n-2
— Realidade, teste da, 318
— Realização, 13
— catalogação mental de, à intrusão, 337
— e perda de identidade, 265
— padrões de, e experiências do nascimento, 264
— Read, Granly Dick, 257
— Real
— sensação de, raízes na primeira infância, 250, 404
— Realidade (ver tb. Realidade externa; Realidade interna), XVIII, XXI, 19, 22
— compartilhada, necessidade de, da primeira infância à vida adulta, 240-244
— fuga para a, 201
— Realidade externa
— como lastro para a fantasia, 228
— como parte do self, 231
— contato com a, nos momentos transgênicos da primeira infância, 241
— e fantasia, 200, 204
— e ilusão na primeira infância, 241
— e psicoses, 227
— e voracidade primitiva, 240
— fuga para a, 204
— relação primária com a, e integração, 227
— relação verdadeira com a, e transferência, 227
— vantagens da aceitação da, 228
— versus realidade interna, 199, 204
— Realidade interna, 318
— boa e ruim, 122
— e ansiedade depressiva, 200
— e fantasia, 201
— e transferência, 203
— negação da, e defesa maníaca, 199, 202
— reconhecimento parcial da, 203
— versus realidade externa, 122
— Realidade psíquica, 199n-2
— Realidade, teste da, 318
— Realização, 13

Repressão
— da identificação masculina na men-
na, 190-192
— e defesa maníaca, 200
— e desenvolvimento instintivo, 419
Resfriados
— e excitabilidade, 71
— e hiperestimulação, 71
Resistência
— existência da, um bom prognóstico,
299
Respiração
— controle da, em experiências misti-
cas, 271
— fantasia sobre a, 124
— início da, não significativo em nasci-
mento normal, 274
Responsabilidade
— empobrecimento da r. pessoal, 160
Restituição, XXI, 22
— falsa, através de fuga para a depres-
são da mãe, 158
Retaliação
— papel da, na relação objetal primiti-
va, 231
Retratamento, estado de (ver tb. Intover-
são; Esquizóide)
— e regressão, XX, 21
— manejo d., na análise, 354
— necessidade da pessoa r. por *setting*
simplicificado no tratamento psiquia-
trico, 252
— significação do, na análise, 347-354
Reumática, febre, 76
Reumáticas, dores
— a partir da ansiedade, 67
Rickman, John, 165, 307
Riso
— e ansiedade depressiva, 215
— na análise, 215
Rivière, Joan, 91, 214, 297, 329
Robinson, James, 319n-1
Roubo
— e busca da mãe no objeto roubado,
412
Sadismo, 299, 304
Sanidade
— defensiva, 225
— fuga para a, 385
Satisfação, XXI, XXIV, 22, 26
— e aniquilação do objeto, 229
— ludibriada, 229n, 362
Schiller, Paul, 164
Schmidberg, Melita, 211
Scott, W. Clifford M., 308n, 319n-3,
332, 341
Searl, Nina, 200
Secheyne, M. A., 289n-2, 396
Sedução
— da psique para a mente, 345
Seio (ver tb. Posição depressiva; Cuida-
dos; Mãe; Desmame)
— amamentação ao, 242
— bom, internalizado, 106
— como pessoa total (mãe), 357
— como técnica completa de materna-
gem, 327n
— criado pelo bebê, 240, 327
— da mãe como realidade externa pri-
mária, 227
— da mãe e desenvolvimento emocio-
nal primitivo, 227
— da mãe e ilusão, 227
— e espátula, 106
— o brincar com o, na primeira infância,
243
‘Seio bom’
— avaliação do conceito de, 373
Self (ver tb. Posição depressiva; ‘Falso
self; Psicossoma; Regressão), XIII,
XVII, XVIII, XIX, XXI, 13, 18, 19,
20, 22
análise do, e contratransferência no
tratamento de regressões, 376, 381
— condições para o início do verdadei-
ro s., 264

- e instinto: hipótese de Freud versus de Jung, 231n-2
- imaginativo, desenvolvimento do, 334
- localização do, no próprio corpo, 223
- operando a partir do cerne ou da casca, 165
- verdadeiro, oculto por reação a intrusões do ambiente, 298
- 'Self, falso'
- como organização defensiva do ego, 378, 389
- desenvolvimento de, por falha no cuidado dispensado ao bebê, 166
- desenvolvimento precoce de, 376
- e self protetor, 134-135, 378
- e sensação de inutilidade, 383
- e submissão, 312
- e transferência, 395
- Sensibilidade
- aumentada, nas mães, 24, 401
- Sensualidade
- e negação da morte interna, 204
- exploração da, na ansiedade, 107
- Sentimentalismo, 287
- Sentimentos
- negação da expressão de, na defesa maníaca, 205
- separação, ansiedade de
- e jogo da espátula, 118, 130
- Sessão de análise, final da
- ansiedade relativa ao, 215
- e experiência emocional primitiva, 220
- e o ódio do analista, 281
- Setting psicanalítico (ver tb. Trauma do nascimento; Transferência)
- como um meio ambiente, 348-354
- estudo do s. de Freud, 382-383
- na regressão, mais importante que a interpretação, 24
- na regressão, representando a mãe com sua técnica, 383
- papel do manejo no, 375, 377
- papel do, em estados de retraimento, 21, 24
- observação de bebês na, 112
- e situação analítica, 116
- 'momento de hesitação' na, 114
- e situação analítica, 116
- e relação com mãe internalizada, 131
- e relação com ambos os pais, 128
- comportamento na, 126
- complexidade da, 126
- asma, crise de, em bebê na, 119
- ansiedade na, 120
- 'Situação-padrão'
- e conflitos no desenvolvimento, 59
- e ansiedade, 59
- e ansiedade, 59
- devida a mudanças no ambiente, 62
- como defesa contra a culpa, 75
- Síntomas, formação de
- violentos, normais na infância, 134
- pia, 149
- valor dos, e seu papel na psicoterapia, 149
- multiplicidade dos, 65-68
- em mamilíferos e humanos, 59
- como pedidos de socorro, 169
- tria infantil, 7, 169
- avaliação positiva dos, em psiquiatria infantil, 7, 169
- como pedidos de socorro, 169
- em mamilíferos e humanos, 59
- multiplicidade dos, 65-68
- valor dos, e seu papel na psicoterapia, 149
- pia, 149
- violentos, normais na infância, 134
- Síntomas, formação de
- como defesa contra a culpa, 75
- devida a mudanças no ambiente, 62
- e ansiedade, 59
- e ansiedade, 59
- e conflitos no desenvolvimento, 59
- 'Situação-padrão'
- ansiedade na, 120
- asma, crise de, em bebê na, 119
- complexidade da, 126
- comportamento na, 126
- e relação com ambos os pais, 128
- e relação com mãe internalizada, 131
- e situação analítica, 116
- 'momento de hesitação' na, 114
- observação de bebês na, 112

- papel da fantasia oral primária na, 121
- papel terapêutico da, 129
- possibilidades terapêuticas da, 115
- relato de casos, 112, 119, 123
- Social, atividade
- com base no sentimento pessoal de culpa, 291
- Sociedade
- perigo para a, devido à agressividade pessoal reprimida, 288
- Solidão, 143
- Sonambulismo
- como dissociação, 226
- Sonhos, 162, 267
- defesa maníaca nos, 214
- do analista, 281
- e contato com a realidade, 251
- e dissociação, 226
- e magia, 178
- lidando com estados de retraimento, 353
- Sono
- como retraimento na análise, 347-354
- dissociação entre s. e vigília na priv-meira infância, 225
- distúrbios do, devidos à ansiedade, 60
- distúrbios do, e agitação, 79
- e existência intra-uterina, 255
- na análise, e experiências do nascimento, 259
- profundo, e despersonalização, 226
- Spence, Prof. Sir James, 241
- Spitz, René, 308, 358
- Stevenson, Olive, 324
- Submissão
- como fator de desenvolvimento patológico, 312
- Sucesso
- crise após, e dependência aos pais, 158
- medo de a mãe roubar o, 158
- Sufocação
- não é diagnóstico, 408-410
- implicando em esperança, 409
- no início da, 415
- estágio do desenvolvimento do ego vida, 411
- e significado do roubo e da destrutividade, 411
- e significado da característica perturbadora, 412
- e significado da característica perturbadora, 412
- e percepção da perda pelo bebê, 415
- dinâmica do comportamento na, 415
- diferente da delinquência, 406
- de instintos, 411
- como tentativa de curar a des-fusão como tentativa de autocura, 411
- como tentativa de privação, 410
- como resultado de verdadeira de-a tornar-se importante, 409
- caracterizada por obrigar o ambiente da, 415
- base da, numa experiência boa perdida, 415
- quência, 27
- Tendência Anti-social (ver tb. Delin-na psicose, 223
- percepção do, na primeira infância e depressiva, 356
- importância do t., fator na posição e o paciente regredido, 385
- Tempo
- e o paciente regredido, 385
- importância do t., fator na posição depressiva, 356
- percepção do, na primeira infância e Tendência Anti-social (ver tb. Delin-na psicose, 223
- quência, 27
- base da, numa experiência boa perdida, 415
- caracterizada por obrigar o ambiente a tornar-se importante, 409
- como resultado de verdadeira de-privação, 410
- como tentativa de curar a des-fusão como tentativa de autocura, 411
- de instintos, 411
- diferente da delinquência, 406
- dinâmica do comportamento na, 415
- e percepção da perda pelo bebê, 415
- e significado da característica perturbadora, 412
- e significado da característica perturbadora, 412
- estágio do desenvolvimento do ego vida, 411
- implicando em esperança, 409
- não é diagnóstico, 408-410
- Suicídio, 92, 271
- nato, 271
- ansioso por, no suicídio e no assassi-

- Trauma (ver tb. Psicossoma; Regressão), XVII, XIX, XXII, 18, 20, 24
— e dependência à mãe, 163
Vigília, estado de
— período de, e dissociação, 226
Visão
— valor da, 148
Vital, força
— no feto, 303
Vivacidade
— falsa, e negação da depressão, 151
Vômito
— cíclico, e ansiedade, 59, 70, 102
Voracidade (*greed*), (ver tb. Avidéz), 17
— avidez por remédios e, 92n-1
— como sintoma de ansiedade, 91
— e apetite, 91, 98
— e experiências do ego, 91
— e impulso destrutivo, 127
— inibição da, e suas consequências, 92n-1, 97, 110
— relação entre a, e amor e ódio, 91
— relato de casos, 96-110
— sintomas da, 97
Whitehead, A. N., 161
Wulff, M., 322n, 325, 330
Vertigem, 164
Van Gogh, Vincent, 252
— cial, 412
— importância do, na criança anti-social, 412
Valor de transiormo
Vadiagem, 414
— como não sendo o interior, 94
Útero
Urticária, 72
— e perseguição externa, 73
Unhas, roer as, 232
Unidade, estado de
— e perseguição externa, 73
Urticária, 72
Vômito
— cíclico, e ansiedade, 59, 70, 102
Voracidade (*greed*), (ver tb. Avidéz), 17
— avidez por remédios e, 92n-1
— como sintoma de ansiedade, 91
— e apetite, 91, 98
— e experiências do ego, 91
— e impulso destrutivo, 127
— inibição da, e suas consequências, 92n-1, 97, 110
— relação entre a, e amor e ódio, 91
— relato de casos, 96-110
— sintomas da, 97

- experiência da posição depressiva na, 366
— formas clínicas da, 25
— importância dos cuidados dispensados ao bebê na, 393
— necessidade de acesso direto na, 246
— negativa versus raiva objetiva do paciente, 398
— neurose de, complexo de Édipo e fixações, 379
— neurose de, e papel do ego, 394
— papel materno na, 214
— permitindo ao passado ser presente, 396
— problema da 'idade do paciente' na, 263
— recapitulação das experiências com os cuidados primitivos na, 244-249
— regressão como estado de retraimento na, 347-354
— repetição da depressão dos pais na, 161
Transfêrencia negativa
— versus raiva objetiva por falha do analista, 398
Transicional, objeto (ver tb. Psicossoma; Regressão)
— como estágio primitivo de uso da ilustração, 327
— descrição do, 319
— e fenômenos transicionais, 19
— e ilusão ———, diagramas, 229, 309
— função principal do, diagrama, 328
— importância da realidade do, 321
— observações metapsicológicas sobre o, 325
— qualidades especiais no relacionamento com o, 320-321
— relacionamento com objeto interno, 325
— uso típico e distorcido do, 322-324
Tratamento
— manejo como parte do, na análise, 375, 377
— versus técnica, na análise, 375
— efeitos da adaptação suficientemente boa do analista sobre a, 396
— sinais iniciais da, 412-414
— tratamento por cuidado ambiental especializado, 408, 416
— tratamento por manejo e não por psicanálise, 409, 416
— versus doença psicótica, 415
Término da análise
— e elaboração da posição depressiva, 216
Terra
— e a mãe, 163
Teste da realidade, ver Realidade, teste da
Teste, submeter a (ver tb. Tendência anti-social; Ódio)
— do amor e do ódio do ambiente, por crianças e psicóticos, 284
Tiques, 79
— e agitação, 77
Toxicomania, 92
Transfêrencia (ver tb. Contratransfêrencia; *Setting* Psicanalítico; Regressão), VIII, XI, XII, XIV, XV, XVII, XX, XXII, XXIII, XXV, 12, 15, 18, 21, 24, 27
— analista faturando o bom relacionamento inicial do paciente na, 282
— cisão primitiva revivida na, 249
— e ambivalência, 220
— e análise dos relacionamentos pré-depressivos, 220
— e depressão, 220
— e estado de não-integração, 224
— e estados narcísicos, 215
— e falha na fusão inicial dos elementos agressivo e erótico, 301
— e identificação primitiva, 394
— e posição depressiva, 369
— e problema do humor da mãe no paciente, 158
— e psicose, 224
— e realidade interna, 203
— e relação primitiva com a realidade, 227
— efeitos da adaptação suficientemente boa do analista sobre a, 396

Foi uma década de diálogo franco e aberto na Sociedade Britânica, e as pesquisas de Klein influenciaram o pensamento de todos. Até então ela não havia levado o seu trabalho ao nível da apostasia. Vindo da pediatria, Winnicott chegou à psicanálise nesse clima tão cheio de vivacidade. Ele era uma pessoa ímpar, e já havia estabelecido sua posição clínica no livro *Disorders of Childhood*, de 1931. Nesse livro ele havia se colocado de um modo extremamente im-

popular e revolucionário em relação aos problemas emocionais causadores de arte em crianças. E o caso 'Eleanor' naquele livro já dá alguns vislumbres da capacidade inigualável de Winnicott para captar por escrito seu encontro clínico com uma criança. Visto que seu trabalho em psicanálise — com crianças e adultos — prolongou-se por umas quatro décadas, cedo ou tarde tornar-se-ia evidente que ele era um colega revolucionário e desconfortável para os psicanalistas quanto o fora para os pediatras.

Winnicott era uma alma jovial mas também perturbada, e utilizou ao máximo ambas as facetas sem sua vida e em seu trabalho. Não poupou nada de si mesmo. Fez uma longa análise pessoal, primeiro com James Strachey e em seguida com Joan Riviere. Descobriu a si mesmo através de seus relacionamentos pessoais e profissionais. Para Winnicott, o indivíduo humano era isolado e incognoscível, que poderia personificar-se e conhecer-se somente através do *outro*, como ele o descreveu em seu trabalho "A Capacidade de Estar Só" (1958b). Foi para explicar esse paradoxo crucial que ele investiu com extrema diligência seus esforços clínicos e sua perspicácia.

